[illegible]

دكتور

[illegible]

رئيس الجمعية اللبنانية

للدراسات [illegible]

لبنان

أصول الفحص النفسى ومبادئه

دكتور
محمد أحمد النابلسى
رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية
لبنان

١٩٩٧

الناشر
المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع
٢ ش الدكتور سامى جنينه ـ الشاطبى
الإسكندرية

بسم الله الرحمن الرحيم

وفوق كل ذي علم عليم

صدق الله العظيم

سورة يوسف : آية ٧٦

المقدمة

تشعبت الممارسات التطبيقية للعلوم النفسية حتى جاوزت حدود الاهتمام بتقديم الخدمات العيادية الى افاق تطرح على الاختصاص مسؤوليات اخلاقية جديدة وتضعه امام جملة مآزق ناجمة عن تداخله مع الاختصاصات الاخرى. فالى جانب الطب النفسي الوقائي والجانحي نشأت فروع الطب النفسي، وعلم النفس، العسكري والسياسي والاقتصادي. بل ان العلوم النفسية باتت تطبق في ميادين الادب والفنون وعلم السلالات... الخ حتى بات بامكاننا الكلام على تورط علم النفس والطب النفسي في ميادين الصراع. حتى اشاعت بعض الدول وجود مشاريع الحروب العقلية.

لهذه الاسباب فاننا عاجزون اليوم عن اعطاء تعريف دقيق ومحدد للفحص النفسي. فقد ادى تفرع العلوم النفسية الى اختلاف اساليب وطرائق وغايات الفحص النفسي، حتى بات لبعض هذه الفروع ادواتها الخاصة ومنطلقاتها النظرية المميزة التي تستند اليها لتحقيق غاياتها من الفحص النفسي اذ نلاحظ ان الطب النفسي العسكري يعتمد اختبارات معينة لقبول الكوادر وهي اختبارات مختلفة تماماً عن تلك التي يعتمدها اختصاصيي علم نفس الاعلان والدعاية... الخ.

امام هذه التعددية حافظنا، في هذا الكتاب، على موقف محافظ يصر على النظر الى الفحص النفسي في اطاره العيادي، حيث الفحص علاقة انسانية ذات قطبين: "فاحص- مفحوص". وبما ان هذه العلاقة هي الاساس الذي انبثقت منه اساليب الفحص الاخرى فاننا نؤدي الغرض دون التورط في الجدال حول مدى مشروعية او اخلاقية استخدام مبادئ هذا الفحص في بعض الميادين المثيرة للجدل.

بناء عليه فاننا نعتبر ان الفحص النفسي هو فن يحتاج الى موهبة تستند الى ارضية صلبة من المعلومات وتحتاج الى الصقل والتطوير من طريق الممارسة. فالفحص النفسي لا يتحدد في مبادئ جامدة ولا تحتويه اطر محددة الموقف لانه موهبة ابداعية لا يحدها الا تراكمية الخبرات والمعلومات. والتدريب على الفحص النفسي هو نقلة نوعية لكونه خطوة مفصلية بين النظري وبين التطبيقي، حيث الهوة التي لا يدركها الا الذين خبروا الفوارق بين النظرية وبين التطبيق. فلو عدنا الى المدارس الاوروبية العريقة لوجدنا انها لا تسمح بممارسة الفحص النفسي والعلاج للاختصاصيين النظريين. فهذه الممارسة تقتصر على الذين يتبعون دورات تدريبية في المجال، مدة ثلاث سنوات او اكثر، بعد حصولهم على درجة الدكتوراة في علم النفس العيادي. انطلاقا من اعتبار ان الحاصل على هذه الدرجة يملك محصولاً نظرياً كافياً كي يبدأ بالتدرب على الفحص النفسي وعلى وضع التشخيص وخطة العلاج بناء عليه. واذا كان الفحص الطبي التقليدي يرتكز على جداول عيادية محددة بمظاهر واعراض مرضية (يمكن للفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية تأكيد وجودها او نفيه) فان الفحص النفسي لا يملك الا النزر اليسير من المعطيات المساعدة للوصول الى التشخيص الموضوعي. فيبقى الحوار عمادا لهذا الفحص وموجها له. هذا الحوار الذي يصفه شترن وروبينز بالقول: "ان فن الفحص النفسي يعني ان يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه. كما يجب على الفاحص ان يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وان يتدرب على التحكم في مجرى الفحص".

هذا ويصل الفحص النفسي الى غايته من خلال توصل الفاحص لوضع تشخيص دقيق للحالة بما ينطوي عليه هذا التشخيص من تحديد استراتيجية لعلاج الحالة. فاذا ما تخللت بعض الثغرات الفحص فان ذلك سيخلف اثاره على التشخيص وعلى النتائج المرجوة من العلاج. ذلك ان اخطاء التشخيص تستتبع حكما اخطاء

العلاج. مما يقودنا الى مناقشة مسائل اكثر تعقيداً. فعلم سببية نشوء الامراض النفسية لا يزال بعد في بدايته. فنحن لا نعرف على وجه الدقة الاسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الامراض. فهل يتأتى الفصام نتيجة عطل في الافرازات المؤثرة في حالة الاختمار الدماغي؟ ام ان سببه يعود الى اعطال دماغية على صعيد الهيبوكامب؟ ام انه تشوه الزوج الخامس من الصبغيات...الخ من الفرضيات التي نعتقد بتضافرها دون ان نملك البراهين على ذلك. مما يحرمنا من تحديد اساليب موضوعية لتشخيص المرض. من هذا الواقع انبثقت التصنيفات الحديدة للامراض النفسية معتمدة مذهب الظواهرية (Phenomenologie). بمعنى ان تشخيص المرض يستند الى تحري الفاحص لمظاهره واعراضه التي تحددها التصنيفات مع بعض الاختلاف في ما بينها.

لكن هذه الظواهرية تستوجب الحذر الشديد من قبل الفاحص. فهنالك مثلاً البدايات غير التقليدية للامراض. مثال ذلك تلك الحالات الفصامية التي ترتدي في بدايتها قناعا مضللاً فتظهر على شكل عصاب وسواسي – قهري من شأنه ان يضلل الفاحص وان يؤخر تشخيص الحالة وبالتالي علاجها. وعلى عكس المثال السابق فان بعض الحالات والتناذرات الذهانية العابرة تتبدى بمظاهر عيادية تورط الفاحص في تشخيصها على انها ذهانية تقليدية وقس عليه.

تجنباً لهذه المآزق عمدت بعض المدارس النفسية (باليانت، مارتي، موسون) للدعوة الى عدم التشبث بالتشخيص. لان الحالة الدماغية– العقلية للانسان ليست بالمستقرة الجامدة. بل انها تتفاعل ديناميا مع قائمة طويلة من العوامل الداخلية المنشأ والخارجية. فهنالك الامراض التي تتراجع مع التقدم في السن وفي مقابلها امراض اخرى تتطور معه. وفي الحالتين فان تعديل التشخيص يصبح ضرورة والامر ذاته يقال بالنسبة للامراض والاضطرابات العضوية المرافقة للمرض النفسي. كما يقال

بالنسبة للشدائد وعوامل الضغط الخارجية. والاهم من هذا وذلك ضرورة تعديل التشخيص او حتى تغييره تماما في حالات تطور او تراجع الاضطراب النفسي ذاته.

فهل يستطيع الفاحص تحمل تبعات التشبث بتشخيص الوسواسي القهري وهو يجد المظاهر الفصامية- التفككية واضحة امامه؟ وهل هو قادر على تحمل المسؤولية الاخلاقية الناجمة عن تصنيفه لحالة عابرة على انها ذهان تقليدي يدمغ مستقبل المريض؟ وهنا نذكر بتأكيد ماشانانخت: "ليس هنالك امراضا بل يوجد مرضى" فالمصابون بمرض واحد يبقون مختلفين شديد الاختلاف في ما بينهم. فأسباب المرض ومناسبة ظهوره وطرائق تظاهره واسلوب علاجه واحتمالات تراجعه او تطوره وغير ذلك من العوامل هي امور شديدة الاختلاف من مريض لاخر. لذا كان من الضروري ان ننظر للمرضى من خلال ذاتيتهم وتفردهم وليس من خلال مرضهم. فلو نحن نظرنا للصحة من خلال التركيز على المرض وتناسي المرضى فاننا نصل بذلك الى نتيجة مؤداها ان عدم وجود المظاهر المرضية هو دليل ساطع على الصحة. بذلك نكون قد ارتكبنا هفوة تجاهل الامراض التي تتطور وسط اجواء من الهدوء البعيد عن ضجيج المظاهر المرضية فنلغي بذلك كافة مبادئ الوقاية الصحية.

للمزيد من التوضيح نؤكد ان الفحص النفسي ليس مجرد خطوات روتينية تدعمها الاختبارات النفسية وبعض الحوار الذي قد يسبقها او يليها. وللدلالة على ذلك فلنأخذ حالة تمثل المرض (كأن يقلد طفل سليم أخاه المريض في مظاهر مرضه وفي سلوكه) تعرض على فاحص يفتقد للخلفية النظرية والتطبيقية الكافية فماذا يحدث في مثل هذه الحالة؟ ان تصور ذلك يفسر لنا العديد من الاخطاء الناجمة عن عدم وجود قوانين تنظم ممارسة مهنة العلاج النفسي.

لذلك نتوجه بهذا الكتاب الى الذين يملكون الخلفية النظرية الكافية ويودون تحقيق النقلة من النظري الى التطبيقي. كما نتوجه به الى الاطباء غير النفسيين الذين تضعهم ظروف ممارستهم امام طلبات علاج لحالات نفسية عصابية وخصوصا نفسية- جسدية والى الذين يتهيأون الدخول الى العيادة النفسية كمعالجين نقدم هذا الكتاب الذي قد يجد فيه زملاؤنا من الاطباء النفسيين بعضا من خصوصية تجربتنا وبعضا من آراء قد يؤيدونها او يعارضونها.

ان طرقنا لموضوع الفحص النفسي اقتضى منا الاستعانة بجملة من المعلومات التي تنتمي الى اختصاصات مختلفة كالطب النفسي وعلم النفس العيادي والطب العصبي والفروع الطبية نظيرة العيادية مما يضيق بصفحات هذا الكتاب عن استيفائها شرحا. لذا عمدنا الى تذييل الصفحات بالاشارة الى المراجع والمصادر التي تساعد القارئ على التعمق في المواضيع التي يرغب في تقصي عوامل ارتباطها بالفحص النفسي .

املنا ان نكون قد نجحنا في نقل ما استطعنا استيعابه من اصول الفحص النفسي ومبادئه ورجاؤنا ان يشكل ذلك مساهمة ولو متواضعة في مكتبتنا العربية.

والله ولي التوفيق

د. محمد النابلسي

طرابلس في ١٩٩٥/٧/١

الفصل الاول

دراسة الشكل الخارجي

١- دراسة شكل الوجه.

٢- دراسة قسمات الوجه.

الجبهة	الانف
الحاجبان	الشفتان
العينان	الفم
الخدان	الأذنان

٣- دراسة شكل الجسم

تقسيم هيبوقراط

التقسيم الفيزيولوجي

تقسيم سيغود

تقسيم فيولا

تقسيم كرتشمر

ان دراسة الشخصية من خلال الوجه وقسماته ومن خلال التكوين الجسدي ومن خلال المظهر الخارجي (لباس، تسريحة، نظرة... الخ)، ليست بالفكرة المستحدثة فقد عرفها اليونان واقترحوا لها القواعد وكذلك فقد عرفها العرب واسموا علما خاصا بها سموه "علم الفراسة" وهذا النوع من الدراسة تبناه عدد من العلماء المحدثين. وبالرغم من هذا التاريخ الطويل لهذا النوع من الدراسات، الا اننا ولغاية الان لا نستطيع قبوله بشكل علمي يتيح لنا الاعتماد على مبادئه في تحديد شخصية إنسان ما. ذلك أن تعقد الحياة وإمكانيات التعلم في عصرنا تستطيع ان تساعد أي شخص على تخطي العديد من صفاته الوراثية. فإذا ما سلمنا بحقيقة النتائج التي تعطيها مثل هذه الدراسات. فنحن لا نستطيع تجاهل التغيرات السلوكية التي يمكن ان تطرأ على هذه الشخصية.

بناء على الاسباب المشروحة اعلاه فان علم الصفات او علم دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي لم يكتسب بعد صفة العلم ولكن غالبية الباحثين يميلون لتسميته بالفن. وبالتالي فاننا في هذا الفصل سنتكلم على فن دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي. ونحن اذ نبدأ كتابنا بهذا الفن فان دافعنا لذلك هو الاسباب التالية:

١- وجود قائمة طويلة من الامراض الجسدية التي تبدى واضحة على المظهر الخارجي كالصفراء والجدري وزيادة افراز الدرقية والمياه الزرقاء واصابات الجهاز العصبي الخ...

٢- الأشكال المميزة لوجوه المصابين ببعض الامراض العقلية كالمنغوليين والمهووسين والفصاميين وسنخصص قسما من هذا الفصل لعرض صور المصابين بهذه الامراض مع شروح لها.

٣- بعض الامراض العصبية الخلقية التي تترك بصماتها على الشكل الخارجي للشخص – انظر الصور.

٤- الأهتمام الزائد بدراسة فن الصفات. وتحقيق هذا الفن لبعض التقدم في الفترة الأخيرة. الأمر الذي يجعل من الخطأ إهمال التعرف على هذا الفن.

لمحة تاريخية.

منذ القدم استطاع العلماء ان يلاحظوا ويفترضوا وجود رابطة بين الشكل الخارجي للانسان وبين شخصية هذا الانسان وطباعه.

واستطاع الأقدمون أن يشرحوا بطرقهم الخاصة كيف يمكن الوجه بقسماته وتعابيره وحركاته أن يعطينا فكرة عن خصائص الشخصية. وها نحن نعرض بعض الملاحظات في هذا المجال. ونقول ملاحظات لأنها كما سنرى لا تستند الى أسس علمية أو احصائية سليمة. ومن هذه الآراء:

١- نستطيع أن نعرف الناس وأعمالهم من طريق تحديد درجة شبههم بحيوان ما. فوجه افلاطون مثلا يشبه وجه كلب صيد.

(أرسطو)

٢- ان العيون الكبيرة لا تقوم فقط بإضفاء الجمال على الوجه ولكنها تعكس وتميز ذكاء صاحبها.

(هوميروس)

٣- ان الذي يحمل في وجهه انفا طويلا لحمياً هو شخص محب للجمال. ولكنه يكون اقل ذكاء مما يعتقد (اي انه مغرور). اما ذلك الذي يملك شعراً اسود فهو إنسان يعمل كل ما بوسعه لانهاء العمل الذي بدأه. أما ذلك الذي يدور برأسه دون

سبب أو مبرر فهو شخص متعثر، كذوب، لا يصلح لشيء، غدار وميال لفعل السوء.

(الراهب البرت الكبير)

٤- إن أصحاب الجبهة الضيقة هم أساس مخادعون. وهكذا قام فوشيه (Fouché) (ذو الجبهة الضيقة) بخداع نابليون والتغرير به.

(بوردون)

وفي محاولة حديثة لتطبيق رأي أرسطو وجد تشابه بين شكل روبسبيير (Robespierre) وبين وجه النمر وكذلك بين وجه فولتير (Voltaire) ووجه الثعلب وأخيراً بين وجه بيتهوفن (Beethoven) ووجه الأسد.



Beethoven



Voltaire



Robspierre

ونحن لو قمنا، بمراجعة ما نعرفه عن خصائص أصحاب هذه الشخصيات وتصرفاتهم لوجدنا أنها تنطبق فعلاً مع بعض صفات الحيوانات التي تشبهها. والحقيقة ان بداية الخطوات الجدية المرتكزة على أسس علمية جاءت في العام ١٧٧٢ على يد العالم لافاتير (Lavater) الذي وضع اسس علم دراسة الصفات في كتاب ضمنه تجربته الواسعة. وسمى هذا العالم كتابه بالموجز في معرفة الناس (Précis de l'art de connature hommes).

وبعد هذا التاريخ اجتذب علم دراسة الصفات عدداً من كبار المفكرين في العصر الحديث أمثال فيالند (Wieland) هيردير (Herder) وغوته (Gothe) وغيرهم ممن تبنوا هذا العلم ودافعوا عنه. الامر الذي أعطى لهذا العلم القدرة على الإستمرار في مواجهة المعارضة القوية التي قامت ضده. هذه المعارضة التي قادها مفكرون بارزون من أمثال ليختبرغ (Lichtenberg).

وفي مرحلة لاحقة نلاحظ بأن علماء جدد تبنوا بدورهم علم دراسة الصفات ولعل ابرزهم هو العالم كريتشمر (Krestchmer) الذي قام بتصنيف الناس الى أنماط نفسية محددة الصفات والتصرفات اعتماداً على مظرهم الخارجي (سنعرض لانماط كريتشمر في الفصل الثاني).

وفي نهاية المطاف فان علم دراسة الصفات تدعم عن طريق ادخال عامل جديد مساعد. وهذا العامل هو دراسة تعابير الوجه وحركاته. مما اضفى على هذا العلم طابعاً أكثر موضوعية وأكثر التصاقاً بالواقع. وكان من الطبيعي بذلك ان يجتذب هذا العلم عدداً جديداً من المؤيدين فظهرت الكتب والدراسات العديدة التي تناولت هذا الموضوع وصولاً الى ترسيخ فرع جديد يعنى بدراسة قسمات الوجه (Mimiques) وتعابيره الانفعالية[1] ولقد وضعت البروفسورة موسون لختبار التماهي بالحالات الانفعالية[2] المؤلف من ستة عشرة صورة ذاتية رسمها الرسام الالماني رودولف لنفسه وهو يقلد ايماءات تعبيرية مختلفة[3].

---

١ – يشهد هذا الفرع اهتمامًا خاصًا في الأونة الاخيرة ويستخدم فيه الفيديو كـأداة للدراسة ومراقبة الثمار الايمائية للشخص.

٢ – روز ماري شاهين: اختبار رودولف منشور في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٨، ١٩٩٤.

٣ – اليزابيت موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

١- دراسة الشكل العام للوجه.

يقسم علم دراسة الصفات الوجه الى ثلاثة اقسام: ١) العلوي،٢) الوسط و٣) السفلي. وتتحدد شخصية انسان ما من خلال هيمنة احد هذه الاقسام. وهذه الهيمنة تحدد في رأي الباحثين استعدادات الشخص وميوله النفسية. ولنستعرض الآن الخطوط العريضة لتحليل الشخصية من خلال شكل الوجه ونبدأ بالشكل رقم (١).



نلاحظ في هذا الوجه هيمنة القسم العلوي على باقي اقسام الوجه. وهذا الشكل يتميز، كما نلاحظ بالجبهة العريضة. والجبهة تعتبر مسؤولة عن العلاقات الاجتماعية والانسانية المتميزة بالذكاء. وعرض الجبهة هو اذا دليل على الذكاء وعلى القدرات الذهنية والتفكيرية المتطورة وخاصة في الميدان العملي- التطبيقي. وبالطبع فإن شكل الجبهة العريضة يلعب دوراً مهماً في تحديد الشخصية.

فالذوق هو السمة المميزة اذا كانت الجبهة العريضة مدورة، أما القدرة التخيلية للذكاء فهي التي تسيطر اذا ما اتسعت الجبهة في قسمها الاعلى.

أما حين يكون اتساع الجبهة العريضة في قسمها الاسفل فان هذا يعني سيطرة القدرة التطبيقية للذكاء.

وايضا فيما يخص الجبهة العريضة فإن الباحثين يلاحظون بأن وجود الأخاديد والتجاعيد فيها يعكس ميل الشخص نحو التجريد، نحو البحث عن الأسباب وخلفياتها وايضا قدرة متفوقة على التحليل المنطقي.

اما إذا كانت الجبهة العريضة صافية وغير متموجة فهي تعكس ميل صاحبها لأحلام اليقظة وعجزه عن التكيف مع الحياة العملية.

أما إذا كانت الجبهة العريضة بشكل مربع منحرف (Trapéze) مع الضلع الأكبر نحو الأعلى. فإن مثل هذه الجبهة تعكس قدرة صاحبها على الإبداع والخلق.

وأخيراً فإن الجبهة العريضة ممكن أن تكون على شكل قوس قوطي وهي في هذه الحالة تعكس سلبية وعقم أفكار صاحبها.

وننتقل الان الى الشكل رقم ٢ حيث يهيمن القسم الأوسط من الوجه.



ويتميز هذا الشكل كما نلاحظ بسيطرة الدهليز: (فم – أنف). أي بأنف وفم كبيرين. وسيطرة القسم الأوسط تعكس قدرة وزخماً عاطفيين. فهذا الشكل يعكس شخصية ذات مزاج عاطفي متقدم مما يجعل من هذا الشخص ميالاً للحياة الدافئة، العاطفية والهادئة. وهذا الشخص يتميز في الوقت ذاته بقدرة فائقة على المواجهة. وهذه الصفات جميعها تزداد تأكيدا في حالة وجود الأنف المتطاول والضخم.

أما إذا كان الأنف حاداً فهو في هذه الحالة يبرهن عن العنف والعصبية. والعكس صحيح، أي أن دقة وصغر القسم الأوسط للوجه يعكسان شخصية تمتاز بالبرودة العاطفية والانغلاق الاجتماعي. وعندما يكون الأنف دقيقاً جداً فهو يعكس برودة أعمق وقدرة فائقة على التحكم في العواطف والانفعالات. بحيث تهيمن البرودة على علاقات صاحب هذا الوجه.

واخيراً نعرض الشكل رقم ٣ حيث يهيمن القسم السفلي للوجه على باقي أقسامه.



ومن خلال الصورة نلاحظ الفم والفك الكبيرين. ومثل هذا الوجه يعكس حساسية وشهوانية وكذلك قدرة على التحمل وقدرة جسدية كبيرة. ولهذا الشخص إقبال زائد على النشاط والقدرة على التحكم في انفعالاته. والعكس صحيح، فإن دقة القسم الأسفل للوجه تعكس السلبية والخمول. وخاصة اذا كان الفك دقيقاً. فهذه الدقة تعكس ضعفاً معيناً، تردداً وضعف ارادة كما تعكس الافتقار للدبلوماسية في التعامل مع الآخرين.

أما بالنسبة للفم الصغير ذي الجوانب المتجهة نحو الأسفل على شكل ٨ فإن مثل هذا الفم يعكس تعاسة صاحبه وميله نحو الاكتئاب.

وبعد استعراضنا للاشكال الثلاثة ولمميزاتها. نلفت النظر الى أن قلة قليلة من الناس فقط يمتازون بهيمنة واضحة لأحد أقسام الوجه. ففي الغالب نجد أنفسنا أمام وجوه تقتسم السيطرة فيها بين قسمين على حساب القسم الثالث.

وكثيراً ما يحدث أن تتوزع هذه السيطرة على الأقسام الثلاثة بنسب متفاوتة. ولهذه الاسباب رأينا أن نضيف الى الأشكال الثلاثة الرئيسية الاشكال التالية:

١- وجه تقتسم فيه السيطرة بين القسم العلوي (الجبهة) والقسم الأوسط (الفك الاعلى، الانف والخدين). بحيث تكون نسبة السيطرة متساوية بين القسمين على حساب القسم الأسفل.

إن مثل هذا الوجه يعكس شخصية متزنة. تتمتع بخصال حميدة متعددة. وهذه الشخصية هي في ذات الوقت شخصية فكر، ومبدأ ولكن كذلك فهي شخصية فعل وانما نوع معين من الفعل. ذلك الفعل الخاضع للمنطق وللعقل. ومثل هذا الشخص

يستطيع ان يضع قيد التنفيذ قدرته على الإبداع هذه القدرة المتوازية مع رغبته في تحقيق ذاته.

مما تقدم نلاحظ بأن لهذا الشخص سلوكاً متشعباً في تفاصيله. إذ إن هذا الشخص ممكن أن يلعب ادواراً متعددة في آن معاً. فهو طليمي، قائد، زعيم ورائد.

٢- الوجه الذي يمتاز بتناسق النسب بين اقسامه الثلاث. ولكن مع تفاوت السيطرة. بحيث تقل هيمنة القسمين الأعلى والأوسط (دون أن يقل حجمهما). وهذا يحدث إجمالا في الوجوه الصغيرة حيث نلاحظ التناسق بين الأقسام الثلاثة. كما نلاحظ ان الجبهة، الأنف والخدين تمتاز بالدقة.

ومثل هذا الوجه يعكس شخصية متوازية لانسان متواضع، جَلْدٍ ونشيط ولكن هذا الشخص يكون عادة عاجزاً عن القيام بالأعمال المميزة. فهو لا يستطيع ان يتسلم دور القيادة وإعطاء الأوامر. بل هو ميال لأن يتلقاها وينفذها بأمان وبنشاط. كما نلاحظ لدى هذه الشخصية درجة معينة من السذاجة.

وهذه الصفات التي ذكرناها أعلاه لا تمنع بعض أصحاب هذا الوجه من الإرتقاء في الحياة وفي المناصب. واعتماداً على الخداع الذي يجيدونه وخاصة في حال وجود من يشجعهم على هذا الخداع.

٣- الوجه الذي يمتاز بفتحات عريضة ومفتوحة (فم كبير + انف كبير). وصاحب هذا الوجه يكون منفتحاً، متحرراً، كريماً، مليئاً بالتعصب وكذلك فهو عاطفي. وهذه العاطفية قد تجعله يبدو متقلباً، كثير التنقل وصاحب نزوات.

٤- الوجه الذي يمتاز بالأنف والفم الدقيقين والمتلقين. وصاحب هذا الوجه يكون ميالاً للعزلة ولإخفاء عواطفه. ومثل هذا الشخص يجيد السيطرة على انفعالاته الا أنه قليل الثقة بالنفس، تنتابه أحياناً نوبات من الحشرية. ومثل هذا الشخص نتيجة لحشريته ولاخفائه لعواطفه ممكن أن يفاجئنا ويعرضنا لمواقف غير منتظرة.

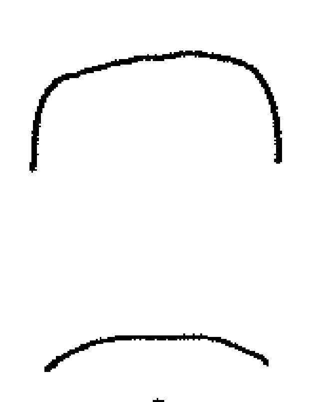
وخاصة عندما نكون عنه فكرة خاطئة نتيجة إخفائه لعواطفه. ومفاجأة هذا الشخص ممكن أن تكون سارة (إذا ما أخفى الشخص طيبة) أو غير سارة إذا كان العكس، ولكنها مفاجأة في أية حال من الأحوال.

٢- دراسة قسمات الوجه:

إن دراسة الشكل العام للوجه بأقسامه الثلاثة. لا تكفي وحدها لتكوين فكرة متكاملة عن الشخصية. وفي سبيل تكوين مثل هذه الفكرة يرى الباحثون وجوب دراسة قسمات الوجه وأجزائه كل على حدة (العينان، الحاجبان، الأنف، الخدان، الفكان والجبهة) وهذا ما سنعرض له في هذه الفقرة. ونبدأ بدراسة الجبهة.

أ- الجبهة:

يحدد الباحثون أشكال الجبهة على النحو التالي:



١- الجبهة العريضة، الكبيرة والعالية: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تميز صاحبها بالحس العملي.

٢- الجبهة الضيقة- المنخفضة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تميز صاحبها بالحس العملي.



٣- الجبهة ذات التجاعيد والأخاديد: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بكونه صاحب هموم وطموحات. الأمر الذي يجعله مضطربا وبحاجة دائمة للتركيز وهو مفكر بطبعه.

٤- الجبهة المقوسة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بسلبيته وميله لأحلام اليقظة. وهو يمتاز كذلك بطيب طويته.

٥- الجبهة المربعة المنحرفة: وتعكس هذه الجبهة حيوية خيال صاحبها وقدرته على الخلق والابداع.

٦- الجبهة المتشنجة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بانسياقه وراء رغباته ونزواته. وكذلك فإن هذه الجبهة توحي بالبوهيمية.

٧- الجبهة المنتفخة في وسطها: وهذه الجبهة تعكس تركيز تفكير الشخص حول ذاته. الأمر الذي يميز هذا الشخص بالأنانية المتطورة وهذا الشخص يكون عادة وصولياً ومستعداً للقيام بأي شيئ في سبيل تحقيق أهدافه وأنانيته.

ب- الحاجبان

١- الحاجبان الكثيفان: وهذان الحاجبان ينبئان بالحيوية الجنسية والقدرة على التحكم في الأشياء.

٢- الحاجبان الرقيقان: وهذان الحاجبان يعكسان ضعف القدرات الذهنية لصاحبهما.

٣- الحاجبان غير المنتظمين وغير المرتبين:
وهذان الحاجبان يعكسان نزق صاحبهما وعدم انتظام أفكاره.

٤- الحاجبان المتقاربان مع وجود التجاعيد بينهما: ويعكس هذان الحاجبان تركيز صاحبهما، توتره، حيويته، اضطرابه النفسي وكذلك حزنه وتشاؤمه.

٥- الحاجبان المنحنيان نحو الخارج مع انخفاض أطرافهما الخارجية: وهذان الحاجبان يعكسان التعاسة، عدم الاطمئنان، والانهيار وأخيراً حشرية قد تقل بحيث تصعب ملاحظتها، أو قد تزيد بحيث تضايق المحيط.

ج- العينان

١- الجفون: اذا كان الجفن الأسفل للعين قوياً فهو يعكس الحيوية والنشاط . أما إذا كان الجفن الأسفل ضعيفاً ورقيقاً فهو يعكس الضعف. ومن الممكن أن نلاحظ حركة ما على صعيد الجفنين. فإذا كانت الحركة لا إرادية تشبه رفة أو غمزة العين. فإن هذه الحركة تعكس عدم الاطمئنان، العصبية الزائدة والإرهاق.

أما إذا كانت حركة الجفنين لا تحصل إلا في مواقف معينة. فهي في هذه الحالة تعكس القلق الناجم عن الكذب أو عن الشعور بالذنب.

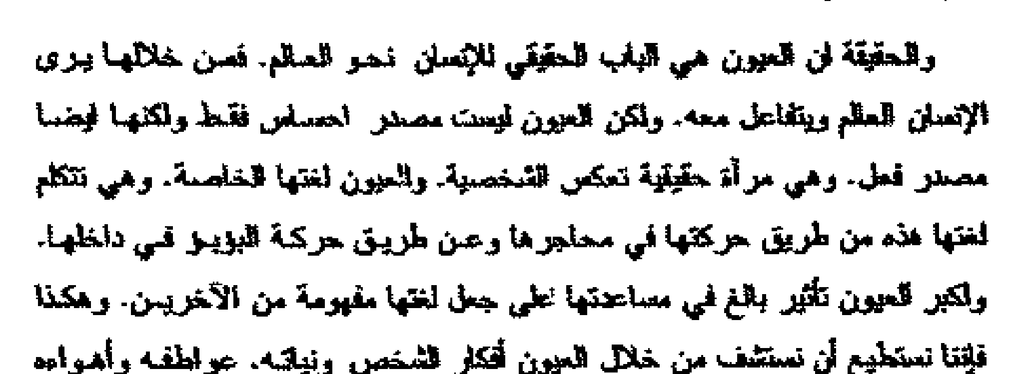
أما في حال حركة الجفون حركة ارتجافية فإنها في هذه الحالة تعكس الإرهاق النفسي، الخوف أو الهيستيريا.

وأخيراً فإن هذه الحركة ممكن ان تحدث بشكل تقلصات وهي في هذه الحالة غالباً ما تعكس الهيستيريا.

٢- وجود الدوائر السوداء حول العين:




وهذه الدوائر تعكس تعب العينين والإرهاق النفسي والجسدي. ولكنها قد تنجم ايضا عن الهزال (النحف) او عن البكاء الحاد او عن المبالغة في ممارسة الجنس.



والحقيقة ان العيون هي الباب الحقيقي للإنسان نحو العالم. فمن خلالها يرى الإنسان العالم ويتفاعل معه. ولكن العيون ليست مصدر احساس فقط ولكنها ايضا مصدر فعل. وهي مرآة حقيقية تعكس الشخصية. والعيون لغتها الخاصة. وهي تتكلم لغتها هذه من طريق حركتها في محاجرها وعن طريق حركة البؤبؤ في داخلها. ولكبر العيون تأثير بالغ في مساعدتها على جعل لغتها مفهومة من الآخرين. وهكذا فإننا نستطيع أن نستشف من خلال العيون أفكار الشخص ونياته، عواطفه وأهوائه وكذلك مواقفه النفسية السوية والمريضة على حد سواء.

٤- الخدان

يؤلف الخدان كما رأينا الجزء الأكبر من القسم الأوسط للوجه. وهذان الخدان هما أما:



١- ممتلئان ومنتفخان: وهما يعكسان الهدوء، الوداعة، الطيبة والتفاؤل (خاصة عندما يكونا مائلين للحمرة). وهما يعكسان ايضا السذاجة (بدرجات

متفاوتة) أما عندما يكون لون الخدين مائلا للصفرة والشحوب فقد يعكسان ضعفاً عقلياً.

٢- متقلصان ومشدودان: وفي هذه الحالة فهما يعكسان قوة الارادة، القدرة على التركيز، الجدية والقدرة على اتخاذ القرار. ولكنهما يعكسان ايضا الخبث بدرجات متفاوتة) وفي حالة ترافقهما بالتجويف بين الأنف والشفة فهما يعكسان بالإضافة لما ورد أعلاه الكآبة، الألم الاخلاقي، العصبية، القلق وأحيانا الأرق.

٣- غير معتنى بهما، تتخللهما الأخاديد والتجاعيد ويعكسان في هذه الصورة حالة انهيار حيوي، شيخوخة مبكرة (ادمان، سهر، ارق، هبوط حيوي او اصابة مبكرة بتصلب الشرايين). كما يمكن ان يعكسا انهياراً عصبياً. أو لا مبالاة، يأساً، إهمالاً أو عوضاً عن ذلك شخصية شاذة.

هـ- الأنف

والأنف ايضاً مكون رئيسي للقسم الأوسط من الوجه. وقد رأينا أثناء حديثنا عن الشكل العام للوجه أهمية الأنف الذي سندرسه الآن في جميع أشكاله.

١- الأنف المستقيم الكبير: ويعكس الطيبة، المزاج المعتدل والأنصاف في مواقفه وعلاقاته.

٢- الأنف العريض: ويعكس البساطة والموهبة العقلية المحدودة مع درجات متفاوتة من الأقتضاب.

٣- الأنف الحاد: ويعكس القساوة ودرجات متفاوتة من الخبث والبخل وكذلك الغضب والثورة السريعين.

٤- الأنف الصغير نسبياً والمتجه الى الأعلى: ويميز صاحبه بالرقة والتسامح وكذلك بالبساطة والهيستيريا والإقدام ولكن ايضا بالقليل من السطحية.

٥- الأنف المسطح الشبيه بأنف القط: وهذا الأنف يوحي بعدائية صاحبه وبميله للخبث.

٦- الأنف المعقوف الى أعلى: رغبة في السيطرة، وميل للبخل.

٧- الأنف العبري: انانية متطورة ودرجات متفاوتة من البخل والوقاحة.

٨- الأنف الشبيه بالمنقار: متحمس عادة للأخلاق النبيلة، ميل للاعمال الذهنية والفكرية. الى حد ما مغامر.

٩- الأنف ذو المنخرين المفتوحين الى الامام: وهذا الأنف يعكس انبساط صاحبه وانفتاحه على الآخرين.

و- الشفاه

تتدخل الشفاه كعامل أساسي في تحديد القسم الأسفل للوجه. وهي التي تعطي الفم شكله وتحدد حجمه. وها هي متغيرات شكل الشفاه مع ما يعكسه كل منها.

١- الشفاه المتساوية: وهذه الشفاه تعكس التوازن النفسي والميل لاحقاق الحق. كما تعكس النزاهة والتجرد.

٢- الشفة العليا كبيرة: وهذه الشفاه تعكس طيبة صاحبها.

٣- الشفة السفلى كبيرة: وهذه الشفاه تعكس شعور صاحبها بالتفوق. كما تعكس ميل الشخص للسيطرة. وكذلك فإن هذا الشخص يظهر بعض الاحتقار للآخرين.

٤- الشفاه اللحمية الحادة والواضحة: وهذه الشفاه تعكس الشبق.

٥- الشفاه الرقيقة - المسطحة: وهذه الشفاه تعكس حساسية محدودة، قساوة وخبث. كما يمكن أن تعكس هذه الشفاه الميل للغش والخداع.

٦- الشفاه المقوسة (المتماوجة): وهذه الشفاه تعكس خجل صاحبها وبراءته وكذلك فهي تعكس بساطته.

٧- الشفاه المشدودة: وتعكس هذه الشفاه حيوية صاحبها وكذلك طموحه وبخله. كما تعكس هذه الشفاه كون صاحبهما ذا إرادة قوية، متصلبا ومغرورا.

٨- الشفاه المتباعدة: وهذه الشفاه تدلنا على التردد في اتخاذ القرار وكذلك على درجات متفاوتة من الضعف النفسي والعاطفي وأخيراً فإن هذه الشفاه تدلنا على ضعف صاحبها وكسله.



وفي نهاية حديثنا عن الشفاه لا بد لنا من استعراض الدلالات النفسية لحركات الشفاه. وهذه الحركات قد تتبدى من خلال ارتجاف الشفاه وتدلنا في هذه الحالة على عصبية، هيسترية الشخص وكذلك ارهاقه النفسي وشعوره بالظلم.

أما إذا كانت للشفاه حركات عصابية مثل عادة عض الشفاه أو مص الأصبع... الخ، فهذه الحركات تعكس معاناة الشخص الضغوط النفسية، مشاعر الندم، رغبة مكبوتة بالثورة وكذلك القلق. ومن الممكن في بعض الحالات أن تكون هذه الحركات دليلاً على حالات متفاوتة الحدة من العصاب وأحياناً التخلف العقلي.

أما إذا كانت الشفاه لا تتحرك بشكل متناسق اثناء الكلام فان ذلك قد يعكس اضطراباً في النطق (Logonévrose) أو قد يوحي لنا بوجود أعطال عصبية.

والشفتان كما اشرنا في بداية الكلام عنهما تؤلفان الفم، وحجم الشفتين وبالتالي حجم الفم يلعب دوراً مهماً في تحديد شخصية المرء. فإذا كان الفم صغيراً فإن ذلك يدلنا على بساطة التصرفات والقدرات الذهنية. أما اذا كان الفم كبيراً فانه يدلنا على العاطفية والتوقد. ولكنه قد يعكس ايضا الميل لكثرة الكلام او لاستعمال الالفاظ غير

المهنية. أما اذا كان الفم مقوساً نحو الاسفل على شكل ٨ فإنه يعكس الحزن والتعاسة وفقدان الامل كما قد يعكس الانهيار.

واخيرا عندما يكون الفم مقوسا نحو الأعلى على شكل ٧ فهو يدلنا على حسن النية، التفاؤل، المرح وعلى قوة الشخصية.

ز- الذقن

وهي بعد الشفاه ثاني المعالم الرئيسية للقسم الأسفل للوجه. والذقن يمكن ان تكون بأحد الاشكال التالية:

١- الذقن الكبيرة: وتعكس قوة الارادة، الطاقة، الهدوء والقدرة على التحكم بالذات.

٢- الذقن الصغيرة و/أو المشدودة نحو الخلف: وتعكس ضعف الارادة وضعف القدرة على الاحتمال والمثابرة.

٣- الذقن البارزة والطويلة الفكين: وتعكس الطموح القوة والقدرة.

٤- الذقن البارزة والمشدودة نحو الاعلى: وهذه الذقن تعكس عادة خبث صاحبها.

٥- الذقن المربعة: وتعكس مثل هذه الذقن قوة ارادة صاحبها.

٦- الذقن الحادة: وهذه الذقن تدل على لا منطقية صاحبها.

٧- الذقن المدورة: وتعكس هذه الذقن طيبة صاحبها حسن معشره وكذلك لطفه وكونه محبوباً.

٨- الذقن البيضاوية: وتدل هذه الذقن على الثبات والتوازن الانفعالي.

ح- الأذن

١- الأذن الكبيرة : وتدلنا على سذاجة صاحبها.

٢- الأذن العالية: وتدلنا على الوقاحة والاستهتار بالقيم.

٣- الأذن العريضة المجوفة: (مثل الصدفة) وتدلنا على الحس الموسيقي لصاحبها.

٤- الأذن الصغيرة: وتدل هذه الاذن على التهذيب، الظرف واللباقة.

٥- الأذن المغروسة نحو الأسفل: وتدلنا هذه الاذن على شجاعة صاحبها واقدامه.

٦- الأذن السمينة: وتدلنا هذه الأذن على كون صاحبها شعبياً مع ميل للسوقية.

٧- الأذن المدورة: وهذه الأذن تعكس تفوق صاحبها الذهني كما تعكس كونه صاحب مواهب.

٨- الأذن غير المسطحة جيداً: وهذه الأذن تعكس ضعف صاحبها.

٩- الأذن القريبة من الرأس والملتصقة به: وهذه الأذن تدلنا على عناد صاحبها.

١٠- الأذن الحادة: وتدلنا على ميل صاحبها للفكاهة والتندر.

١١- الأذن محددة الحواشي: وتدلنا على الطاقة والقدرة على اتخاذ القرار.

١٢- الأذن البعيدة عن الرأس: وممكن أن تعكس تخلفا عقلياً نسبيا. إلا أنها من الممكن أن تعكس أيضا الخبث والميل للأذى.

وفي نهاية حديثنا عن أساليب تحديد الشخصية من خلال دراسة الوجه وقسماته. نجد لزاماً علينا ان نناقش نقطتين مهمتين هما:

أ- الشكل العام للوجه

ب- النظرة

أ- الشكل العام للوجه.

١- الوجه المربع: ويدلنا هذا الوجه على الحيوية، الطاقة والتسلط. وهذا الوجه هو وجه القادة، المجددين (نابليون، هيجو، بيتهوفن)، ولكن صاحب هذا الوجه قد يكون ميالا للسخرية اللاذعة (فولتير) أو قد يتميز بالكبرياء الزائد (ريتشارد فاغنر).

٢- الوجه المستطيل: ويدل هذا الوجه ايضا على الحيوية، الطاقة والميل للسيطرة ولكنه اقل قوة من صاحب الوجه المربع، وصاحب هذا الوجه يحقق ذاته في ميادين مثل السياسة، الرياضة والاعمال. فصاحب هذا الوجه يمتاز بقدرته على الحفاظ على التوازن (خاصة اذا كانت له جبهة عريضة) ومن اصحاب الوجه المستطيل (دانتي، بوالو،... الخ).

٣- الوجه المتطاول: ويميز هذا الوجه الأشخاص الذين يميلون للتأمل، الزائدي الحساسية والميالين للتشاؤم، الوحدة والتعاسة. ولكنهم في المقابل يتمتعون بقدرات عقلية وذهنية جيدة وكذلك بخيال خصب. الا ان قوتهم الجسدية تكون محدودة ومن اصحاب هذا الوجه (اناتول فرانس، برنارد شو، ديكارت... الخ).

٤- الوجه المثلث: (رأس المثلث نحو الأسفل): ويدل على الذهن المتفوق والمتوقد وكذلك فهو يدل على الجرأة، سعة الخيال والقدرة على الابتكار. وهو أحياناً مغامر. وهذه المجموعة تحوي الصوفيين، الفنانين والفلاسفة ومنهم نذكر (شوبان، كنط.. الخ).

٥- الوجه المدور: ويشع هذا الوجه بالحرارة والسعادة والتفاؤل وهو يعكس ايضا الطيبة والشره والمرح.

وصاحب هذا الوجه يغضب بسرعة ولكنه لا يحمل الحقد وهو كثير الحركة وصديق جيد ووفي ومن أصحاب هذا الوجه (بلزاك، الكسندر ديماس... الخ).



نلاحظ في هذه الصـورة القوس الربـع دائري الذي يساعدنا في تحديد مدى دائرية الوجه وكذلك مدى انتفاخ الخدود.

أما الخط الأسفل، المتقطع فهو الفاصل بين القسم الأسفل للوجـه وبين قسمه الأوسط.

في حين أن الخط الأعلى، المتقطع ايضا، فهو الفاصل بين القسم الأوسط للوجه وبين قسمه الأعلى.

واخيراً فإن الدائرة الموجودة على يمين الصـورة مـع الخط المنبثق منها فهما تساعدان على تحديد حجم الوجه.

٦- الوجه البيضاوي: اصحابه يتشابهون الى حد بعيد مع أصحاب الوجه المدور ولكنهم يمتازون عنه بدبلوماسيتهم وكذلك من خلال كونهم أقل نشاطا وحيوية. وأصحاب هذا الوجه يمكن احيانا ان يوجهوا قدراتهم نحو مشاعرهم السلبية وهم بذلك قد يصبحون خطرين اذا ما استثيروا او تعرضوا للاستفزاز. ومنهم (باغانيني، ابراهام لنكولن... الخ).

ومن الطبيعي القول بأن شكل الوجه الهندسي لوحده لا يستطيع ان يعطينا فكرة متكاملة عن الشخصية ما لم تقرن ذلك بدراسة قسمات الوجه وحركاته. وكذلك مقدار العناية به (النظافة- التسريحة- الذقن... الخ).

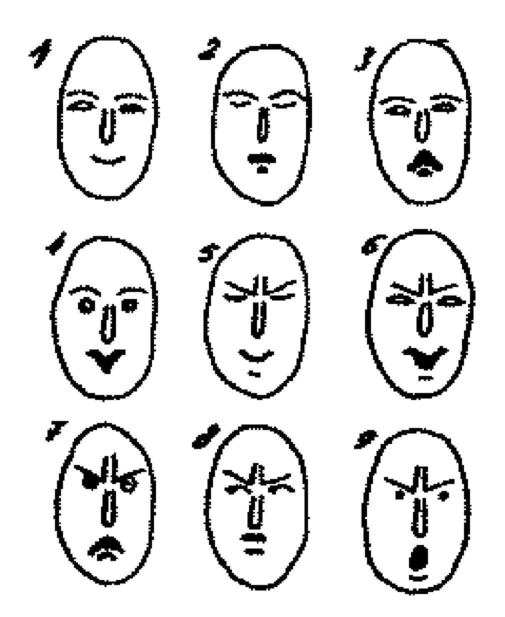
ب- النظرة

إن النظرة لا تنقل فقط العالم الخارجي الى داخل الشخص ولكنها ايضا تعكس دواخل النفس وتعرضها على العالم الخارجي. وكما سبق القول فان للعين لغتها الخاصة. هذه اللغة التي تحددها العين من طريق لمعانها. اتجاه نظرتها، حدة او سطحية النظرة، وكذلك درجة حركتها. والعين لكي تعبر عن داخل صاحبها تستعين بالحاجبين فتعطيهما الشكل الملائم لما تريد ان تعبر عنه وكذلك فإن النظرة تستعين بعضلات الوجه ككل وتعطي للفم وللخدين تقلصات وأشكالا معينة.

وفي هذا المجال نذكر بقول بلزاك: "ان نظرة واحدة يمكن أحيانا أن تكون كافية لتقول كل شيء عن جمال او عن قبح احدى النفوس".

وبما ان المجال يضيق بنا لشرح تفاصيل دلالات النظرة فإننا نكتفي بأن نورد بعض رموز لغة العين ونظراتها.

والحقيقة ان مجموع هذه الصور لا يساعدنا ويلخص لنا النظرات ولكنه يختصر لنا مجمل تعابير الوجه ولنأخذ كل صورة على حدة فنلاحظ.



جدول عن B. Jacobson

الصورة رقم ١ وتمثل تعابير الشخص المنتظر، اللامبالي، المتردد وكذلك المسرور.

الصورة رقم ٢ وتمثل تعابير الشخص المكتفي، الراضي عن نفسه والجدي.

الصورة رقم ٣ وتمثل تعابير الشخص المكتئب، المنهار والمعذب.

الصورة رقم ٤ وتمثل تعابير الشخص المفاجأ بمفاجأة سارة، الحيوي والمسرور.

الصورة رقم ٥ وتمثل تعابير الشخص الذي يقاوم اظهار سروره.

الصورة رقم ٦ وتمثل تعابير الشخص المسرور والمنشرح من كل قلبه.

الصورة رقم ٧ وتمثل تعابير الشخص المتعرض لمفاجأة غير سارة، الخائف والقلق

الصورة رقم ٨ وتمثل تعابير الشخص الحشري، غير الواثق من نفسه وغير المطمئن.

الصورة رقم ٩ وتمثل تعابير الشخص القرف، انفجار أمام مفاجأة غير سارة، الغضب، التعرض للتهديد والثورة.

وأخيراً فها نحن ننهي عرضنا للدلالات النفسية لشكل الوجه باستعراض بعض الصور المرضية. بحيث نعرض الصورة ونشرح تحتها المرض الذي تعكسه ومظاهر هذا المرض. وفي هذا العرض فائدة ليس فقط من حيث التطبيق العملي كما أوردناه عن طرق دراسة الوجه ولكن فيه ايضا فائدة من حيث تكوين نظرة عامة مقارنة حول هذا الموضوع.



مرض كروزون، يتميز بأنف (منقار)، وحول في كلتا العينين، انخفاض في النظر.

تنافر زولن Zwohlen: وجه مثل السمكة، أنف أفطس، نحف الخدين، وطرش جزئي



المنغولي. لاحظ ميلان العين الخاص بالمنغولي والمنظر العام للوجه (أنف القط الأذنان... الخ) وهو متخلف عقلياً

تصور افراز الدرقية. لاحظ المنظر المميز. انتفاخ الأغشية... الخ. وهذا التصور يؤدي للغباوة في حال تطوره.



قصور الدرقية في مرحلة متقدمة. لاحظ انتفاخ الجفون، والتحفظ وفي هذه المرحلة فإن ذكاء المريض يكون محدوداً.



زيادة إفراز الدرقية. لاحظ النظرة الخائفة أو الغضبى، بريق العينين وجحوظهما، ويمتاز المريض بسرعة الغضب والاستثارة.



تناذر Cushing الوجه مدور أحمر اللون، يوحي بالصحة ولكن تعابيره شبه معدومة. وهو يوحي بالطيبة والوداعة.



تناذر هاليرمان- ستريف- فرنسوا. المميز بوجه يشبه وجه الطيور. أنف ضامر وحاد. قلة شعر الحاجبين، وعينان جد صغيرتين.

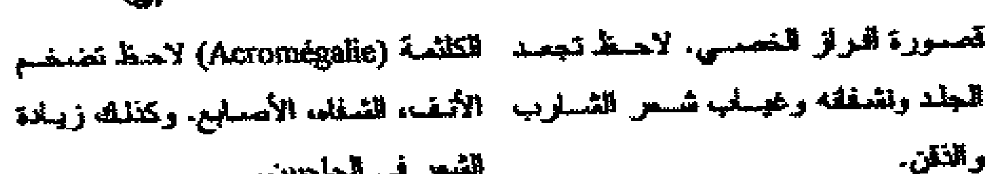


تناذر فريمان- شيلدون لاحظ: العينان غائرتان، مائلتان بعكس الميلان المنغولي.



تأخر نمو نصف الوجه (وجه Romber) وميزاته واضحة في الصورة.





قصورة الدراز النخامي، لاحظ تجعد الجلد وتشققه وغياب شعر الشارب والذقن.

الكلثمة (Acromégalie) لاحظ تضخم الأنف، الشفاه الأصابع. وكذلك زيادة الشعر في الحاجبين.



التنادر الشعري- الأنفي- الأسلامي Tricho - Rhino - Phallangien يمتاز بندرة الشعر وخفته، مع أنف ضخم لحمي، الأسنان مزروعة بشكل مشوه.
مع ضعف النمو العقلي.

قصور الافراز الدرقي لدى الأطفال مظهر الوجه واضح. ومن صفات هؤلاء الأطفال الغباء.

٣-دراسة شكل الجسم

كنا قد أشرنا في بداية هذا الفصل الى أن فكرة الربط بين مظهر الشخص وبين طباعه هي فكرة قديمة . ذلك أن الأقدمين اعتقدوا بأن مظهر الشخص وطباعه انما يعودان لنفس الأسس البيولوجية التي تحددها بيئة ووراثة الشخص.

والحقيقة ان هذه النظرة تتمتع بالكثير من الموضوعية العلمية. فنحن نعرف اليوم التأثيرات المهمة التي تمارسها غددنا الصماء سواء على الصعيد النفسي أو على الصعيد الجسدي. فقصور افراز هورمون النمو لا يؤدي فقط الى إعاقة النمو الجسدي ولكنه يعيق ايضا النمو العقلي للشخص المصاب بهذا القصور. وقس عليه بالنسبة لباقي اضطرابات الغدد الصماء.

واذا كنا في مجال عرض الاراء الرابطة بين شكل الجسم وبين الخصائص النفسية للشخص فاننا نبدأ بـ:

١ - تقسيم هيبوقراط

ان اولى التصنيفات الشكلية لطبائع الانسان. هي التصنيفات التي ارساها الطب اليوناني القديم. يوم كان الطب فلسفة اكثر منه علما تجريبياً. وقد رأينا كيف اقترح ارسطو دراسة طبائع الشخص عن طريق ايجاد الشبه بينه وبين الحيوان. أما هيبوقراط فقد اعتمد تقسيما اخر. فقسم الناس الى اربعة اشكال رئيسية، وهذا التقسيم الرباعي يأتي اعتماداً ومقارنة مع التقسيم الفلسفي للعوامل الأساسية للحياة وهي الماء، التراب، النار والهواء. ولغاية وقتنا الحاضر فان هنالك عددا من المفكرين الذين لا يزالون يعتمدون هذه القواعد في شرح شخصية الانسان. ومن هؤلاء نذكر المفكر الفرنسي غاستون باشلار.

٢- التقسيم الفيزيولوجي.

وهذا التقسيم يعتمد مبدأ وجود أربعة طباع أو أشكال للطبائع. ويقسمها على النحو التالي: ١) النمط الصفراوي، ٢) النمط العصبي، ٣) النمط الدموي، ٤) النمط الليمفاوي. أما فيما يتعلق بالخصائص الجسدية والنفسية لهذه الأنماط فهي التالي:

أ- النمط الصفراوي: ويتميز هذا الشخص بطول اليدين ولكن ايضا بنمو مختلف قوالبه الجسدية. ولهذا النمط مزاد نفسي- حركي أي أنه فاعل وعملي.

ب- النمط الليمفاوي: ويتميز هذا النمط بثقل اعطافه وسمنتها. وهو الى ذلك ذو حيوية محدودة.

ج- النمط العصبي: وهذا الشخص يوجد دائماً تحت تأثير ميوله وردات فعله العصبية. ومن الناحية الجسدية فهو يمتاز بهيمنة القسم الأعلى من وجهه (الجبهة والجمجمة اجمالاً) على الوجه بل وعلى الجسد ككل. إذ ان هذا النمط يتميز برأس كبير وبجسد هش وهزيل.

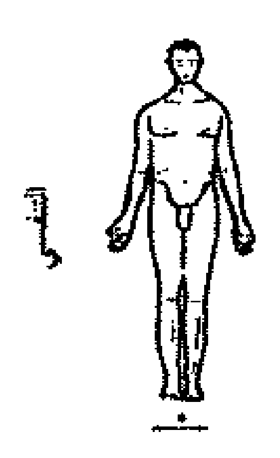
د- النمط الدموي: وهذا الشخص تستهويه الاثارة الانفعالات. بحيث يبحث عنها. وهو كثير الحركة، أما على صعيد الجسد فهو يتميز بالصدر الواسع وبهيمنة القسم الأوسط من وجهه على باقي أقسام الوجه.

والحقيقة أنه في الواقع العملي قلما نلاقي نمطا بعينه ولكننا غالبا ما نصادف مزيجا من هذه الأنماط في شخص واحد. وتقدير هذا التمازج ودرجته يعتمدان أساساً على خبرة الفاحص وحدسه.

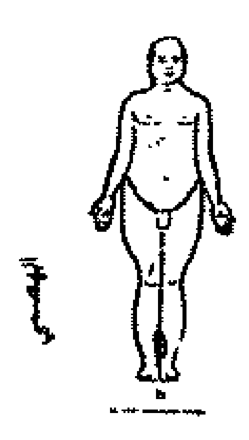
٣- تقسيم المدرسة الفرنسية (Sigaud)

لقد تبنى سيغو Sigaud نظرية الفيلسوف لامارك (Lamarck) القائلة بتأثير البيئة في النمو العضوي للانسان. اذ ان الظروف البيئية للانسان هي التي تحدد

تطور أحد أجهزته الفيزيولوجية على حساب بقية هذه الأجهزة. وبناء على هذه النظرية أتى تقسيم المدرسة الفرنسية على النحو التالي:

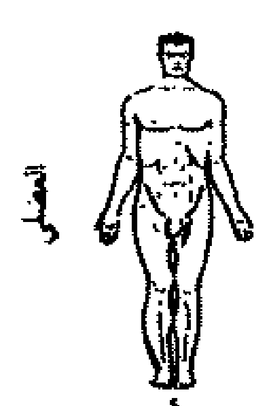


أ- النمط التنفسي: جسدياً يمتاز هذا النمط بجذع صغير يؤثر على المظهر الخارجي العام للجسم. بحيث يجعله يبدو وكأنه مربع منحرف قاعدته الكبرى نحو الأعلى. وبهذا فإن الكتفين تكونان عريضتين والقفص الصدري يكون نامياً سواء لجهة الطول أو العرض. أما عن شكل الوجه فهو على شكل معين يهيمن عليه القسم الأوسط (الأنف والخدان). والأنف يكون طويلا يفصله عن الجبهة انخفاض في منطقة ما بين الحاجبين.



ب- النمط الهضمي: يمتاز هذا النمط بنمو البطن. وبطول نسبي للجذع. وذلك بحيث يبدو الجذع وكأنه يدفع الصدر الى أعلى أما العنق فيكون قصيراً وسميناً.

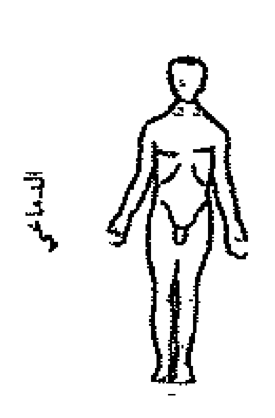
أما الكتفان فتكونان ضيقين وهابطتين. وعلى صعيد الوجه نلاحظ هيمنة القسم الأسفل منه (الفم والذقن) مع جبهة ضيقة. (راجع معنى هيمنة القسم الأسفل للوجه والجبهة الضيقة).



ج- النمط العضلي: ويمتاز هذا النمط بتطور ملحوظ لأعضاء الجسم وكذلك لعضلاته. ويكون الجذع على شكل مستطيل. الا أن هذا الجذع يكون متناغماً من حيث الحجم مع صدره.

أما وجهه فيكون مستطيلاً ويمتاز بالتناسق النسبي لأقسامه الثلاثة. ويمتاز هذا النمط ايضا بنمو زائد للشعر في مختلف أنحاء الجسد.

د- النمط الدماغي: تهيمن جمجمة هذا الشخص على جسده. ويبدو وجهه على شكل مثلث قاعدته الى الأعلى. وجبهة هذا الشخص تكون عادة مقوسة. أما الأنف فيكون صغيرا او متوسطاً. في حين أن الفم والشفتين يكونان صغيرين وتكون السنان واسعتين، كما يكون الحاجبان مقوسين ومتباعدين. وهذا الشخص عرضة للصلع أما وجهه فيكون عادة أجرد (دون شعر). قامته تكون عادة قصيرة. ويكون الجسد عامة متناسقاً من حيث حجم الصدر والبطن وكذلك من حيث طول اليدين والرجلين.



٤- تقسيم المدرسة الايطالية (Viola)

ينقسم الجهاز العصبي الى قسمين كبيرين هما: ١) الجهاز اللا ارادي أو النباتي ويتحكم بسترفزة الاحشاء. و٢) الجهاز العصبي الارادي أو المركزي ويتحكم في الحركات الارادية. ولقد بنى الباحث الايطالي (Viola) نظريته بناء على هذه المسلمة العلمية. فقال بأن هيمنة الجهاز اللاارادي تؤدي الى تضخم الجذع (Mégalosplanchnique) وسمى صاحب هذا الجسم بالنمط المربوع (Bréviline).

أما اذا هيمن الجهاز الاداري فان ذلك يؤدي الى نحول وضمور الجذع (Microsplanchnique) وذلك اضافة الى طول اليدين والرجلين (يحركهما الجهاز الارادي المهيمن في هذه الحالة) وسمى فيولا هذا النمط بالمتطاول (Longliline).

وفي حالة تعادل تأثير الجهازين نلاحظ عندها النمط العادي Normotype.

أما عن خصائص هذه الأنماط فهي التالية:

أ- النمط المربوع (Breviline) من حيث الشكل الخارجي نلاحظ ان هذا النمط يتميز بجذع اكبر من اليدين. ووزن الجسم متوزع بشكل افقي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلاً للسمنة. أما البطن فهو يكون أضخم من الصدر وأكبر منه حجماً. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا الشكل فيتمثل من خلال قوة كبيرة وقدرة على التحمل. اما الصفات الجنسية فتبدأ متأخرة.

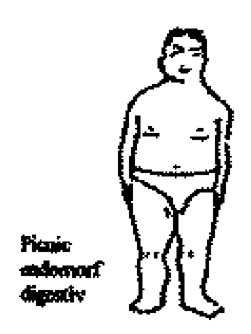
ب- النمط المتطاول (Longiline) : من حيث الشكل الخارجي نلاحظ طول اليدين بالنسبة للجذع. ووزن الجسم يتوزع بشكل عمودي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلا للطول وللنحول. أما القفص الصدري فهو طويل وأكبر من الجذع. كما يتميز هذا النمط بالعنق النحيف والطويل. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا النمط فيتمثل من خلال الوهن والتعب بسرعة. والصفات الجنسية والغرائز المميزة لهذا النمط فهي تكون ضعيفة نسبياً وان ابتدأ في سن متقدمة (أي في سن بلوغ مبكر). كما يتميز هذا النمط بالذكاء وخاصة فيما يتعلق بالمسائل الذهنية. أما في القضايا العملية فذكاء هذا النمط محدود.

هـ- تقسيم المدرسة الألمانية (Kretschmer)

وفي النهاية نعرض لتقسيمات كرتشمر. الذي اعتمد هذا التقسيم على معطيات بيولوجية ووراثية فتقسم الناس الى ثلاثة أنماط هي:

أ- النمط الرياضي: ويمتاز بعظام وعضلات متطورة مع صدر قوي، رأس كبير وتقاسيم حادة وقوية.

ب- النمط الواهن: ويكون الشخص نحيلا ورشيقا، أما راسه فيكون صغيراً. أما قفصه الصدري فيكون ضيقا وطويلا. كما تكون يداه طويلتين.

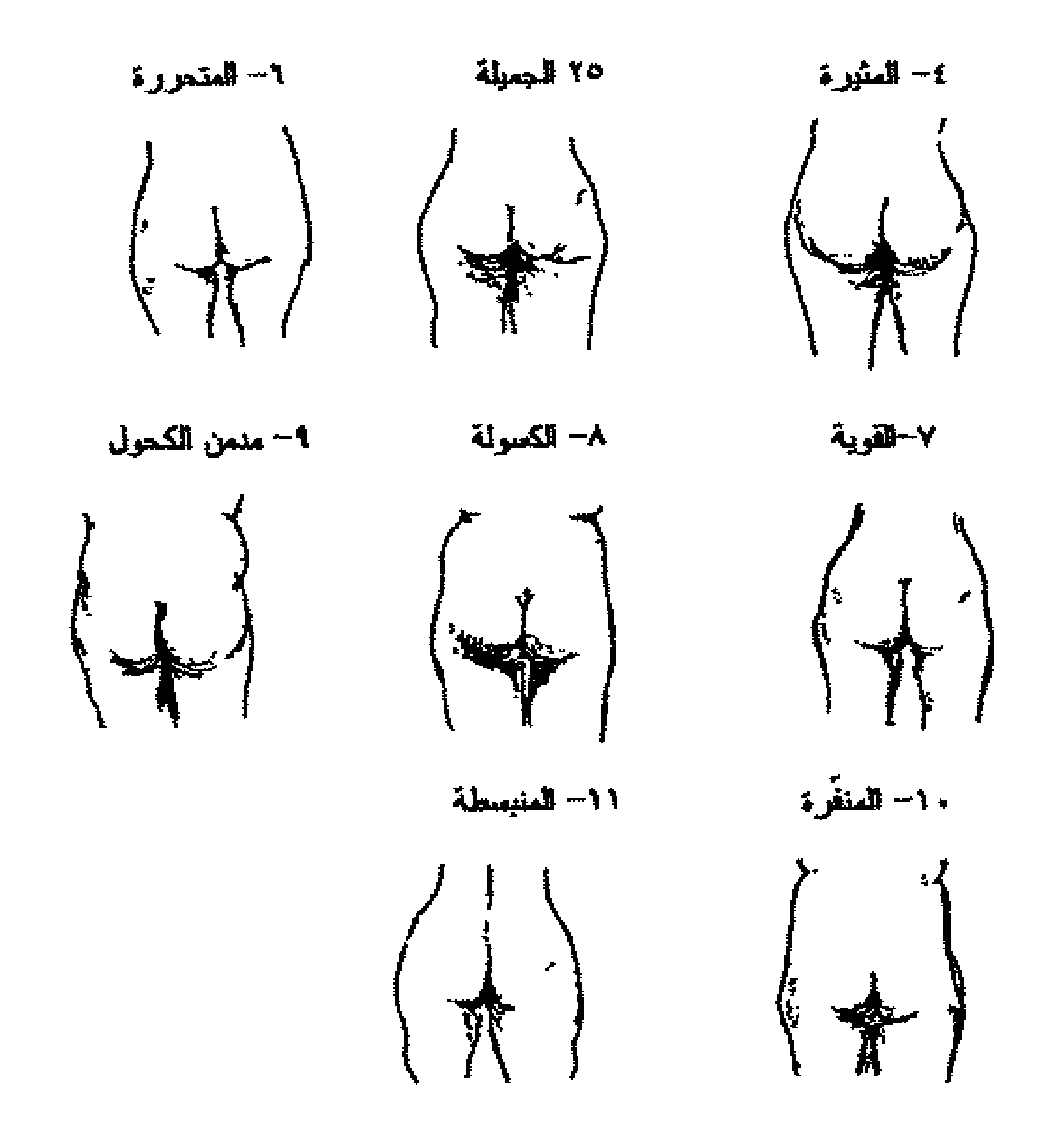


ا جيداً وسميناً. أما وجهه فهو مدور
ميل زائد نحو السمنة.

ه المدارس فاننا ننهي هذا الفصل
ي بداية الثمانينيات طلبت احدى
دوا لها دراسة نفسية حول الجينز
س جذب جنسي من الدرجة الاولى.
ه المجال فكانت أنه بالامكان الاستدلال على
قد قسمت هذه الدراسة أشكال

٣- العادية





وكما نلاحظ فمن خلال التسميات نستطيع تحديد الشخصية المطابقة لها. ويرى هؤلاء الباحثون ان صغر حجم المؤخرة يكون دليلاً على الحيوية، النشاط وكذلك التعرض للضغوط النفسية. أما كبر حجم المؤخرة فهو دليل على الشخصية المتحررة والقليلة النشاط. أما المؤخرة المنبسطة فهي تعكس شخصية منفتحة على العلاقات الاجتماعية ومحبة لها (Extravertit).

ولعله من المفيد التأكيد في نهاية هذا الفصل على ان الشكل الخارجي للشخص يبقى مرآة تعكس توازنه النفسي والجسدي. فالامراض والاضطرابات الجسدية تخلف آثارها على المظهر الخارجي حتى بعد علاجها وشفائها. فجحوظ العينين يبقى بعد علاج اضطرابات الدرقية وايضا اضطرابات المشية (انظر الفصل الخامس) تبقى بعد علاج الاصابة العصبية وقس عليه. أما على الصعيد النفسي فان الحالة النفسية للشخص تنعكس على مظهره الخارجي من خلال تأثيرها في عضلاته. اذ تولد الانفعالات ما يسمى بالدروع العضلية (انظر الفصل الثاني).

الفصل الثاني

نظريات الشخصية

١- رأي المدرسة التحليلية الفرويدية.

٢- رأي ك. غ. يونغ.

٣- رأي السلوكيين الجدد.

٤- رأي الجيشتالت.

٥- الطب النفسي والشخصية.

إن تحديد الشخصية من خلال دراسة تفاصيل الوجه والجسد والمظهر الخارجي اجمالا، اعتبر ولفترة قريبة نوعا من التنجيم.

ولعل أولى الاتهامات التي وجهت لهذا الاسلوب، في تحديد الشخصية، هي عدم مراعاته للتغيرات السلوكية التي يمكن ان تطرأ على الشخص في خضم حياته. ولكن اعتماد هذه الطريقة على المبادئ البيولوجية والوراثية وكذلك الاحصاءات الموسعة التي أجراها مؤيدو هذه النظرية أعطت ثمارها ودفعت الباحثين الى الاخذ بها بعين الاعتبار كعامل مساعد في دراسة الشخصية.

والعلماء لا يزالون يختلفون في تحديد الطريقة المثالية التي تستطيع ان تعطينا فكرة واضحة ومتكاملة عن الشخصية. فالمحللون النفسيون يرون ان الشخصية الاساسية للانسان انما تحددها عقده الطفولية وتكوصاته الى المراحل الطفولية. في حين ينطلق السلوكيون من مبدأ وجود حالات عقلية مختلفة لدى الشخص. وهذه الحالات انما تتأثر بالعوامل الخارجية. وهكذا يخلص السلوكيون الى القول بأن العوامل الخارجية التي يتعرض لها شخص ما، هي التي تقوم بتحديد معالم شخصيته. وأخيرا فان للجيشتاليين نظرتهم الخاصة للأمور. فهم يعتبرون بأن الشخصية الحالية للانسان انما تنجم عن تداخل عدد من العوامل والآليات التي سنذكرها في حينه.

واذا كنا في مجال الحديث عن هذه النظريات فاننا سنعمد الى تفصيلها ونبدأ بـ:

١- نظرية التحليل النفسي الفرويدي.

في البداية قسم فرويد الجهاز النفسي الى ثلاثة اجزاء هي: الوعي، ما قبل الوعي واللاوعي. ولكنه ما لبث ان اعتمد تقسيماً آخر أقره نهائياً في العام ١٩٢٠.

ويقتضي التقسيم الجديد إعتبار الجهاز النفسي مرتكزاً على أركان ثلاثة هي: الأنا والهو والأنا الأعلى. ويشرح فرويد هذه الأركان على النحو التالي:

أ- الأنا: تمثل الشخصية الواعية. والأنا هي القطب الدفاعي للشخصية فالأنا تقوم بكبح نزوات الهو وتقلل من سيطرة الأنا الأعلى. وذلك بحيث تكون الأنا هي المسؤولة عن توازن الشخصية وممثلة للشخصية الواعية كما قلنا.

ب- الهو: تمثل الميول الخفية واللاوعية للشخص. والهو توجه بالخفاء سلوك الشخص وذلك مع بقائها لاواعية. والهو تحوي عامة مجموعة نزوات الشخص ورغباته اللاجتماعية اللاواعية.

ج- الأنا الأعلى: وتقوم بدور مراقبة الميول البدائية لدى الشخص. وتتم هذه المراقبة انطلاقاً من المبادئ التربوية التي اعتمدها مربو الشخص في طفولته. والحقيقة ان الأعلى تلعب دوراً ضاغطاً على ضمير الشخص. هذا الضغط الذي تتولى الأنا مهمة تخفيفه.

وهذا التقسيم كما رأينا يأخذ بعين الاعتبار تربية الشخص وميوله اللاواعية التي يرى فرويد بأن تحديدها يتم من خلال تحديد عاملين رئيسيين هما:

أ- مراحل النمو الجنسي.

ب- العقد الطفولية.

أ- مراحل النمو الجنسي.

يؤكد فرويد بأن للانسان، ومنذ فترة طفولته الاولى، حياته الوجدانية والجنسية. وهو يعتبر بأن الصبغة الجنسية لا تنتفي عندما يعتمد الطفل في اشباع رغباته أعضاءً غير تناسلية.

ويقسم فرويد مراحل تطور الحياة الجنسية لدى الطفل الى ثلاثة تعتمد كل منها على قطب[1]. وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الفمية: وتمتد هذه المرحلة خلال ثلاثة او اربعة الشهر الاولى من حياة الانسان. وتتجلى هذه المرحلة بالرضاعة التي تؤمن للطفل النشوة. وهذه النشوة لا علاقة لها بثدي الأم او بكفاية الشبع التي تعقب الرضاعة. فالطفل يستطيع الحصول على هذه النشوة من خلال عضه او مصه للاشياء.

٢- المرحلة الشرجية: وتبدأ مع نهاية السنة الاولى في حياة الطفل. واللذة الشرجية للطفل تزداد بازدياد تدخل الام واصرارها على تعليم الطفل على التحكم في برازه. وهذه اللذة تتظاهر بطريقة متعارضة: ١) لذة تأخير البراز وبالتالي رقابة الآخرين و٢) لذة التبرز في المكان المناسب. هذا التبرز الذي يشكل هدية الطفل الاولى الى أمه. (فهو يرضيها بهذا التبرز).

٣- المرحلة التناسلية او النرجسية: وتشهد هذه المرحلة (تبدأ في حوالي الثلاث سنوات) الايروسية الذاتية (الكفاية الجنسية الذاتية). ففي حوالي الثلاث سنوات قد تلحظ لدى الطفل أولى محاولات الاستمناء (القضيب او البظر). والفتاة في هذه المرحلة تبدأ بوعي عدم ملكيتها للقضيب مما يولد لديها قلق الخصاء (Angoisse de Castration). أما لدى الولد فان الخوف من الخصاء يكون ذا علاقة مباشرة بميوله الاوديبية[2].

١- يقصد بالقطب هنا تلك المنطقة من الجسم التي تستقطب اللذة في كل مرحلة من مراحل تطور الحياة الجنسية. بل ان التحليل النفسي يسمي كل مرحلة من هذه المراحل نسبة الى قطبها.

٢- أي انها على علاقة بالعقدة الاوديبية - انظر الفقرة التالية.

وفي حالة حصول التثبيت[٣] (Fixation) على واحدة من هذه المراحل فاننا نلاحظ بأن هذه المرحلة تطبع سلوك الشخص وشخصيته. فاذا ما حصل التثبيت مثلاً في المرحلة الفمية لاحظنا ان الشخص يعاني من الإحباط وقد يتحول الى الشره[4] النفسي (النُهام) وإن نادراً. اما اذا طال التثبيت في المرحلة الشرجية فاننا نرى الشخص مهووساً بالنظافة والترتيب والاعتناء بمظهره الخارجي ولعل السمة الأكثر بروزاً هي بحثه عن الكمال في كل ما يقوم به من أعمال.

وأخيراً فإذا ما طال التثبيت للمرحلة النرجسية فاننا نلاحظ لدى الشخص الرغبة الجامحة في ان يكون محبوباً، هيمنة الانشغال بالذات على الانهماك بالآخرين. وهذا التثبيت يطبع صاحبه بصفات الشخصية النرجسية (سنشرحها لاحقاً).

ب- العقد الطفولية.

إن العقدة النفسية هي عبارة عن مجموعة منتظمة من الميول المتحكمة في سلوك الشخص وتصرفاته. والعقدة لا تكون مطلقاً متشابهة لدى شخصين فلكل انسان نمطه الخاص بالتفكير وبالتالي طريقته الخاصة في الوصول الى العلاقات الفكرية الغريبة والشاذة (علاقات خطرة)[٥].

٣- التثبيت: وينجم عن التعلق الليبيدي المبالغ بأشخاص معينين او بهوامات وصور هوامية واعادة انتاج اسلوب ما من اساليب الاشباع النزوي، وهو يمهد طريق النكوص امام الشخص.

٤- الشره النفسي او النُهام (Boulimie) وينظر له على انه اضطراب مزاجي يلبس قناع الاقبال الشره على تناول الطعام.

٥- العلاقة الخطرة هي عملية الربط غير المنطقي بين الأفكار او بينها وبين الاحداث.

والخاصية التي يمارس فيها كل شخص عقدته لم تمنع فرويد من تبين الصفات المشتركة لأصحاب العقدة ذاتها. خالقاً بذلك نوعاً من الإراثية[٦] النفسية. ويوزع فرويد العقد النفسية على النحو التالي:

١ – عقدة أوديب.

٢ – عقدة قابيل.

٣ – عقدة ديان.

١ – عقدة أوديب: يمكننا تلخيص عقدة أوديب على انها نتيجة لترابط شعورين لدى الطفل. يتمثل الاول منهما بحب الأم (الأب اذ ا كانت طفلة وعندها نتكلم عن عقدة الكترا). اما الثاني فيتمثل بالخضوع للأب (للأم في عقدة الكترا). وكثيراً ما يحصل ان يؤدي تثبيت الولد على أمه الى تفجير عدائيته ضدها. والولد عندما يكره أباه (البنت أمها) فهو يظن ان والده يدرك هذه الكراهية. الامر الذي قد يدفع الطفل الىالتثبت السلبي في أبيه. ولعل أبلغ تلخيص لمظاهر الأوديبية هو تقسيم شارل بودوان (Charles Baudouin) لها الى:

١ – عندما يحب الولد امه (والبنت أباها) فهو يميل لأن يرى في والده بمثابة المنافس والعكس بالعكس.

٢ – حب الأم والخضوع للأب هو الاكثر انتشاراً لدى الاولاد الذكور. أما حب الاب والخضوع للأم فهو أكثر انتشارا بين الفتيات (على ان الفتاة لكي تثبت حبها

٦– أي ان فرويد قد جعل عقدة اوديب عالمية حين اختلها في طوبوغرافية الجهاز النفسي، وقد عارضه في ذلك علماء كثيرون ممن أظهروا وجود العقدة في بعض المجتمعات.

على أبيها عليها أولاً أن تتحرر من أمها. هذا التحرر الذي لا يتم بسهولة ومن هنا القول بأن عقدة الكترا هي أصعب دراسة وتحليلاً من عقدة أوديب[٧].

والحقيقة أن العقدة الاوديبية تلعب دوراً أساسياً في سلوك الشخص وفي تكوين شخصيته. فالرضوخ الاوديبي للأب غالباً ما ينتقل الى بديل للأب (الأستاذ، الرئيس، رب العمل... الخ). كما نلاحظ أحياناً حالات التمرد الأوديبي الذي قد يمتد الى العادات، القيم، الدين... الخ التي يخرج عليها المتمرد الأوديبي.

أما الكبت الأوديبي لحب الأم فهو يترافق مع الشعور بالذنب والشعور بالممنوع وهذه المشاعر قد تطغى على شخصية الأوديبي في أية علاقة حب يخوضها مستقبلاً. وأخيراً فإن التمرد الاوديبي – النرجسي، الذي رأيناه، قد يتحول الى عدائية نحو الأم. وهذه العدائية قد تمتد وتُعمم على جميع النساء.

٢– **عقدة قابيل**[٨]: وتتلخص هذه العقدة بالغيرة التي تقوم بين الأخوة. هذه الغيرة التي تكون منبع خلافات ومعارك الأخوة الصغار. وهذه الغيرة تستمر كامنة عند البلوغ. ويعلق فرويد أهمية خاصة على طريقة استبدال هذه الغيرة بالعواطف الأخوية. ذلك ان حيثيات تطور المنافسة بين الأخوة (وتحولها أو عدم تحولها الى عواطف أخوية) هي المتحكمة بالسلوك الاجتماعي للشخص.

ويعلق العالم سوندي (Leopolde Szondi) وهو أشهر تلامذة فرويد، أهمية قصوى على هذه العقدة فيرى انها تمارس على الصعيد الاجتماعي مع الغرباء (غير

٧– تعطي الأم الشحنات النرجسية لطفلها (ذكراً كان أم أنثى)، وهذه الشحنات هي التي تضمن الطفل استمرارية حياته. من هنا عودة بعض المحللين للكلام على المرحلة ما قبل الاوديبية. لذلك تجد البنت صعوبة في توجيه ممارستها لعقدة الكترا. لأن هذه الممارسة تقتضي منها الانفصال عن أمها.

٨– التسمية مشتقة من قصة قابيل قاتل أخيه هابيل. وقد عاد المحلل سوندي الى هذه العقدة في بناء نظريته حول التحليل النفسي القدري. حيث يعتبر ان كلاً منا يحمل في وراثته عناصر قابيلية وأخرى هابيلية.

الأخوة) دون ضوابط عاطفية ودون مشاعر الذنب. ويؤكد هذا العالم في كتابه: قابيل – وجوه الشر (Caïn, les figures du mal) بأن المشاعر السلبية (يأس، حقد، غضب، حسد... الخ) تؤدي لتفجير العقدة القابلية مولّدة لدى الشخص الرغبة في القتل. هذه الرغبة التي تعتبر بمنزلة تفجير العقدة القابلية حتى ولو بقيت الرغبة مجرد شعور ولم يتم تنفيذها[٩].

٣- عقدة ديان (Diane): إن عدم قدرة الفتاة على تخطي عقدة الكترا (أوديب لدى الولد) يؤدي الى اضطراب نضجها الجنسي ويتيح لنرجسيتها هيمنة مطلقة. هذه النرجسية التي تتحول الى نرجسية ثانوية. بحيث تبحث الفتاة عن شبيهة لها تصب عليها نرجسيتها. ويصعب على الفتاة في هذه الحالة التخلي عن حبها لأبيها (لأنها لم تتخطّ عقدة الكترا). وهذا الوضع يؤدي الى عملية اجتياف[١٠] ذات وجهين، فمن جهة تجتاف الفتاة صورة أبيها – فتمثل دوره واضعة نفسها مكانه) ومن جهة أخرى فان عدم تخطيها لعقدة الكترا يجعلها لا تتطور جنسياً بشكل طبيعي مما يدفعها الى رفض جنسها.

وهكذا يؤدي هذا الاجتياف بالفتاة لأن تلعب دور الصبي وهذا ما يسمى بـ "عقدة ديان" (العكس يحدث لدى الولد). وهكذا تميل الفتاة الحب مع الصبيان ولاحقاً تختار مهنة رجولية. وهذه الفتاة إما ان تضرب عن الزواج وإما ان تتزوج رجلاً تعمد الى تجريده من رجولته سواءً عن طريق الاحتفاظ به دائما قربها كتابع لها أو من خلال إحاطته بالرعاية المبالغ فيها.

٩- تصور الميول القابلية حول الأفكار الحادثية التي تتضمن رغبات القتل والتدمير.

١٠- اجتياف (Introjection): عملية يقوم الشخص فيها بنقل موضوعات أو صفات خاصة بهذه الموضوعات من الخارج الى الداخل وفقاً لاسلوب هوامي.

وهذه العقدة المؤدية في النهاية للشذوذ الجنسي هـي أكثر انتشارا لدى الفتيات ذلك ان الشذوذ الأنثوي غير ذي طابع صدمي وهو يخلف آثاراً نفسية وجسدية أقل من تلك التي يخلفها الشذوذ الرجولي.

٤- الهو، الأنا، والأنا العليا (شرحناها في الصفحات السابقة).

فرويد وأنماط الشخصية.

في إحدى مقالاته[11] يقسم فرويد أنماط الشخصية الى ستة هي التالية:

١- الشهواني ٤- الشهواني -الموسوس.

٢- النرجسي ٥- النرجسي - الموسوس

٣- الموسوس ٦- النرجسي - الشهواني.

١) النمط الشهواني: حين يكون الليبيدو (الطاقة الجنسية) موجهاً نحو الجنس، بحيث يمكننا ان نلخص اهتمامات هذا الشخص برغبته في أن يُحِبْ ويُحَبْ. وهذا الشخص يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له، مما يجعل من هذا الانسان متردداً، خائفاً من اتخاذ القرار، خاضعاً وتابعاً للأشخاص الذين يحبهم. ومما تقدم نستنتج خضوع صاحب هذا النمط "للهو" أي لرغباتـه ونزواتـه والمسيلة وراءها.

٢) النمط النرجسي: يرفض الخضوع للآخرين. تسيطر "الأنا" على تصرفاته بحيث لا يعاني أي صراع بين أناه وأناه الأعلى. والهاجس الوحيد للنرجسي هو الحفاظ على أناه ولهذا فهو غير خاضع أو تابع للآخرين.

١١- Freud. S: Veber Libidinöse Typen. in international Strchr. Für Psychonalyse. ١٩٣١

والحقيقة أن للنرجسي ميولاً عدوانية متطورة يمكن ان تنفجر في حال إحساسه باي خطر او خسارة تهدد أناه. وهو عن طريق هذه العدائية قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الآخرين كما يحسن قيادتهم وأحيانا مساعدتهم. وكثيرة هي الحالات التي تتوجه فيها النرجسية نحو الانجازات الفنية والثقافية والشعر منها بشكل خاص.

٣) النمط الموسوس: ويتميز هذا النمط بسيطرة الأنا العليا. وهذا الشخص لا يخشى فقدان محبة الأخرين له (مثل الشهواني) ولكنه يخشى فقدان ضميره، قيمه وأخلاقه. وهكذا فإن هذا الشخص يعاني تبعية نحو ذاته ونحو أناه التي تخوض في حالة الموسوس صراعاً عنيفاً مع الأنا.

٤) النمط الشهواني – الموسوس: وهذا الشخص يخوض نوعين من الصراع في آن معاً. فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض أناه-العليا مع أناه. وصراعاً آخر بين الهو والأنا. وهكذا نلاحظ بأن الأنا في هذه الحالة تكون معرضة لأقصى الضغوط. ومثل هذا الشخص يتميز بتبعيته للأشخاص الذين يحبهم حالياً (ينسى الذين أحبهم قبلاً) وهو شديد الوفاء لأهله (ممثلي الأنا الأعلى).

٥) النمط النرجسي – الموسوس: ويتميز هذا الشخص بنشاطه وبقدرته على حماية أناه من تأثير أناه الأعلى (بسبب نرجسيته). ولدى هذا الشخص ميل لاخضاع الآخرين لأرائه ولمعتقداته الخاصة.

ولهذا النمط متغيرات عديدة وذلك حسب هيمنة النرجسية او الوسواس وكذلك حسب المرحلة الطفولية التي ينكص اليها. وهذا النمط بمتغيراته هو الذي نصادفه عادة لدى المبدعين في مختلف الميادين الثقافية.

٦) النمط النرجسي – الشهواني: وهذا النمط يجمع خصائص كل من النرجسي والشهواني بحيث يحد كل من السلوكين الآخر. وهذا النمط هو الاكثر انتشاراً وفيه يكون الصراع بين الهذا والأنا المرضية المتضخمة المميزة للنرجسية.

وتولى أحد تلاميذ فرويد وهو فيلهالم رايخ (Wilhelm Reich) مهمة الجمع بين اللاوعي الجسد فاعتبر ان الانفعالات تولد طاقة تعصيب تودي لزيادة نشاط العضلات وتشنجها. وفي حال استمرار هذه الزيادة فان العضلات المتشنجة تتحول الى دروع عضلية (Cuirasses musculaires). وجاء بعدها تلميذ لرايخ يدعى الكسندر لوفان (Alexander Lowen) فقام بتحديد خمسة أنماط الشخصية الانسانية انطلاقا من العلاقة التحليلية بشكل الجسد. وهذه الأنماط هي التالية:

١- النمط الفصامي (Schizoïde)

من الناحية الجسدية يتميز هذا النمط بعدم وحدة الجسد. وذلك بحيث نصادف غالباً مقطعاً جسدياً (Coupure) على مستوى الصدر وكذلك على مستوى الرقبة. مما يجعل الجسد فاقداً لتناسقه خاصة ان هناك تعارضاً لافتاً للنظر بين قسمي الجسد الأعلى والأسفل.

ذا النمط فهي متحصرة بحيث نلاحظ
تصاله بالعالم الخارجي (اليدان،
، والأعضاء الجنسية... الخ).

وهذا الانفصام الجسدي والحيوي ينعكس جلياً في شخصية صاحب هذا النمط فنلاحظ لديه ميلا للاعتزال عن حقائق العالم الخارجي ويكمن خلف ذلك أنا واهية ووعي متكتم للذات. ومن حيث سوابق صاحب هذا النمط فاننـــا

نجد بأنه شعر في طفولته بتخلي أمه عنه. هذا التخلي الذي جعله يشعر بأن بقاءه أصبح مهدداً[١٢] وهو عرضة للانهيار[١٣].

٢- النمط الفمي (oral)

من الوجهة الطاقوية الجسدية لهذا النمط هي دون المتوسط. أما الجسم فهو طويل ونحيل.

أما القسم الأسفل من الجسم فيتميز بنقص واضح في طاقته (لاحظ نحول الساقين والقسم الاسفل اجمالاً).

وصاحب هذا النمط يتنفس بشكل سطحي لأن التثبيت في المرحلة الفمية يؤدي الى انقاص غريزة المص عنده. ولهذا فهذا النمط يمتاز بزيادة عدد مرات التنفس.

وصاحب هذا النمط لديه احساس بأنه يجب ان يُساعد كما نلاحظ لديه تقلبات مزاجية تتراوح بين النشوة والانهيار.

واذا ما أمعنا في سوابق الشخص لرأينا أنه تعرض لفطام مبكر. كما نلاحظ بأن نموه النفسي- العضوي (الكلمة الاولى- الخطوة الاولى... الخ) اتى ابكر من

١٢- منذ الولادة تشكل الام وسيلة اتصال الطفل بالعالم الخارجي، لذا فهو ينظر لأمه على انها سبب بقائه واساس هذا البقاء. ومن هنا اعتقاده بجبروتها وبقدرتها الفائقة. فاذا ما احس الطفل بتخلي أمه عنه (تخلي فعلي أم لا) فانه يشعر ان بقاءه بات مهدداً فيصاب بما يسميه المحللون بعصاب الهجر.

١٣- ان وضعية الهجر المشار لها اعلاه تشجع ظهور الملامح الانهيارية.

الطبيعي. لان في هذا تعويضا عن التثبيت الفمي. وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالامراض التنفسية.

٣- النمط النفسي- المرضي (Psychopathe)

يمتاز هذا النمط بخصلة رئيسية تتمثل بأنكاره للانفعالات وتجاهله لها. وذلك لحساب توظيف مبالغ فيه للانا (الفرويدية). أما الصفة الثانية التي تميز هذا النمط فهي بحثه عن السلطة والسيطرة ايضا التحكم. وينقسم هذا النمط بدوره الى نوعين:

١- المتسلط: حيث نلاحظ تركز طاقة الجسم في القسم الأعلى منه. بحيث تكون نظراته حذرة وعيناه نصف منغضتين وذلك كي يتمكن من رؤية الاشياء وفهمها.

٢- الفاتن: وجسده يكون أكثر تناسقا. أما ظهره فيكون فائق المرونة. أما مناطق العينين وقاعدة الجمجمة (أعلى الرقبة) فيمتازان بالتوتر الشديد.

ورفض صاحب هذا النمط الاعتراف بإنفعاله انما ينبع من رفضه لاعترافه بحاجته للمساعدة. اذ ان لعبة الـ بسيكوباتي (أي مضطرب الشخصية) تتلخص باعتباره بأن الناس هم الذين يحتاجون اليه وبالتالي فهو يجب ألا يعترف بحاجته اليهم.

وخلف هذه الشخصية نلاحظ سوابق نفسية من نوع الهجر والفتنة اللذين قام بهما أحد الوالدين (من الجنس المخالف لجنس صاحب النمط). وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالذبحة القلبية[١٤].

٤ – النمط المازوشي (Masochiste)

هذا النمط يخص أولئك الناس الذين يتألمون، يتشكون، يتأوهون وينتحبون ولكنهم يظلون على خضوعهم لمسببات ألمهم وشكواهم.

ذلك أنه في داخل المازوشي احساس مكبوت بتفوقه وكذلك شعور عدائي. الا أن عضلاته السميكة تصرفه عن المطالبة بحقوقه وتجعله مكتفيا بالشكوى والنواح وعضلات هذا الشخص تذخر بالطاقة ولكن ليس بالحيوية. لان هذه الطاقة محجوزة بحيث لا يستطيع استخدامها وتفجيرها.

أما بالنسبة للسوابق النفسية لهذا الشخص فاننا نلاحظ سيطرة الام وتضحيتها. في حين يكون الاب سلبيا وخاضعا. بحيث يتركز اهتمام الطفل على ارضاء امه (راجع الام الأنانية في كتابنا ذكاء الجنين) وذلك من خلال تغذيه بشكل جيد وكذلك نظافته (التبرز في المكان المخصص) وبمعنى آخر فان اهتمام الطفل يتركز على ارضاء أمه تلافياً لتفجيرها لأنانيتها.

---

١٤ – تعتبر خصائص النمط الفائن قريبة من ناحية التظاهر السلوكي، من علائم النمط السلوكي (أ) الذي يشجع على ظهور الاصابة بالامراض الإنسدادية – انظر رأي السلوكيين الجدد في هذا الفصل.

وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالاضطرابات الغددية والسكري بوجه خاص وأيضا بالقرحة[١٥].

٥- النمط الصارم (Rigide)

يميل صاحب هذا النمط الى الوقوف مستقيما ومنتصبا بفخر (فهو لا يحني رأسه لا في الواقع ولا أمام العقبات). وهو يخاف التعديل من تصلبه خوفاً من وقوعه في الخضوع والاستسلام. ولدى هذا الشخص مخزونا قوياً من الطاقة. هذا المخزون الذي يتيح له التعامل بواقعية مع العالم الخارجي (الآخرين، الأزمات...الخ) وبهذا فإن انا هذا الشخص تنمو بشكل صحي وجيد. وهو يربط الحب بالجنس بما ينسجم مع واقعية نظرته للعالم الخارجي.

والحقيقة ان توازن الأنا لدى هذا الشخص يحتم عليه الاعتماد عليها بشكل دائم. وهو اذا ما رغب بالحميمية فهو يسلك الى ذلك طرقا غير مباشرة. وهو يشعر بجرح في كبريائه اذا ما تعرض للرفض الجنسي. أما من حيث السوابق النفسية لهذا الشخص فاننا غالبا ما نلاحظ تعرضه لتجربة الاحباط الجنسي. وهو بدوره عرضة للذبحة القلبية.

---

١٥ – للتعمق في هذا الموضوع انظر: محمد أحمد النابلسي: الامراض النفسية وعلاجها، منشورات مدن (١٩٨٧). حيث يشرح المؤلف هذه الحالات ويعرض النمط السلوكي لمرضى الأمراض التالية: الذبحة القلبية والقرحة والسكري والأمراض النفسية والجلدية.

٢- رأي كارل غوستاف يونغ (C.G. Jung)

ينتمي يونغ الى مدرسة التحليل النفسي ولكن له آراؤه الخاصة المخالفة لفرويد. ومن حيث تقسيم الشخصية الى أنماط فان يونغ يرى أنه بالإمكان اختصار عوامل الشخصية. ويرى في هذا الاختصار تقليلا من احتمالات الخطأ. وهكذا وضع يونغ تعريفا للشخصية انطلاقا من أحد أبعادها وهو التفاعل الاجتماعي. لهذا التفاعل في رأي يونغ هو المحرك الرئيسي المتحكم في سلوك الشخص. وبناء على هذه النظرة يقسم يونغ الشخصية الى:

١- المنفتح اجتماعيا أو (المنبسط (Extravertit): وهذا الشخص يدخل الحياة الاجتماعية ويقبل على الاختلاط بالناس.

٢- المنغلق اجتماعيا (Introvertit) وهو الهارب من الحياة الاجتماعية. والذي يفضل أن يعيش معاناته ذاتياً.

وفيما بعد تمت اضافة نمط ثالث الى هذين النمطين وهو بمثابة نمط وسيط لهذين النمطين. بحيث أن صاحب هذا النمط يكون مترلوحا بين الانبساط والانغلاق الاجتماعيين.

والواقع ان سهولة هذا التقسيم كانت عاملا مهما في انتشاره واستعماله من قبل غالبية الباحثين. إلا أننا نلاحظ في حال تعمقنا في بحث ودراسة الشخصية، القصور الواضح لهذا التقسيم.

٣- رأي السلوكيين الجدد:

يرفض هؤلاء أن يحددوا أنماطا شخصية. فهم يرون بأن الشخصية هي عرضة لتغيرات دائمة بسبب الأحداث والتجارب التي تمر فيها هذه الشخصية. وانطلاقا من هذا الرأي فان هؤلاء لا يحددون نمطا شخصيا بل يحددون نمطا سلوكيا. والنمط السلوكي هو كناية عن نهج سلوكي معين. تدفع الى اتباعه مجموعة من الأحداث

والتجارب والعوامل النفسية. بحيث اننا لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون باتباع هذا النمط. وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية اخرى.

ولقد استطاع العالم روزنمان (أثناء بحثه عن التصرفات وعن أنماط الشخصية المشجعة للاصابة بالذبحة القلبية) أن يعرف نمطين سلوكيين هما اليوم أشهر الأنماط السلوكية وأكثرها استعمالاً في مجال البسيكوسوماتيك[١٦]

أ- النمط السلوكي (أ) ويرمز له بـS.C.T.A

وهذا النمط هو عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. هذه العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعا دائما بهدف الحصول، وبأقل وقت ممكن، على عدد معين من الأشياء والاهداف. وهذا النمط يختلف تماما عن حالات القلق العادية حيث يطلب القلق النصح حتى في الامور التافهة، في حين أن متبع النمط (أ) قد يظهر الوداعة أمام العراقيل التي تعرض له لكنه لا يتراجع أمامها.

وفي سبيل فهم أوضح للنمط السلوكي (أ) فاننا سنقوم فيما يلي بعرض صفاته وهذه الصفات هي:

١- منظم، مرتب، يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيد.

٢- متحكم في ذاته، واثق منها ومن جدارته، وهو مستعد لأن يعمل وحيداً اذا اقتضت ذلك الظروف. لانه لا يتراجع عن اهدافه.

٣- عدائي يمارس عدائيته في مختلف المجالات. وتتراوح عدائيته بين الحادة والمريضة. وأحد مظاهر عدائيته يتجلى في رغبته الشديدة بالمنافسة.

---

١٦ - للتعمق في هذا الموضوع انظر: محمد أحمد النابلسي: امراض القلب النفسية، منشورات الرسالة - الايمان، ١٩٨٧

٤- صاحب طموح، متعدد الأهداف، أو غير محدود الأهداف، مما يجعله دائما متشنجاً لا يقوى على الاسترخاء. فهو اذا ما حقق هدفا ما، لا يترك لنفسه فرصة للراحة، وإنما تراه يخلق هدفاً جديداً ويبدأ من جديد بالركض نحوه.

٥- يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره لذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئاً ولذلك نراه دائماً نافذ الصبر وعديمه ومستعجلاً من اجل تحقيق أهدافه.

٦- يظهر الوداعة أمام العراقيل التي تعترض طموحه. ولكنه لا يتراجع أمامها.

٧- يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحاولة جديدة.

٨- يهمل تعبه ويقلل من شأن آلامه. ويرفض فكرة اصابته بالمرض. واذا ما حذرته سخر منك في اعماقه.

٩- ان اعتماده الزائد على نفسه بالإضافة الى عدائيته، يجعلانه ميالاً للسيطرة وخاصة اذا كان من شأن هذه السيطرة ان تساعده على التخلص من العقبات التي تواجهه أثناء عمله لتحقيق أهدافه.

ب- النمط السلوكي (ب): وهو على عكس الأول.

٤- نظرية الجيشتالت (Gesthalt)

يرى متبعو هذه النظرية بأن الجهاز النفسي للشخص يملك عدداً من عوامل الدفاع ووسائله. والشخص يستعمل هذه الوسائل لدى إحساسه بوجود عوامل الضغط النفسي التي تمارس تأثيرها عليه بحيث تهدد توازنه النفسي. والحقيقة أن لكل شخص ميلا خاصا لاستعمال عامل دفاع معين دون غيره. وهذا الميل ينبع من أسباب عديدة كالتربية، البيئة، الوراثة والقدارت الشخصية. وفي النتيجة نستطيع

القول بامكانية تقسيم الشخصية وفقا لاسلوب او عامل الدفاع الذي تستعمله في درء القلق والاضطراب النفسي عنها.

وعوامل الدفاع التي يحددها الجيشتالتيون هي التالية:

١- التعلم (confluence): ويتجلى هذا العامل الدفاعي من خلال محاولة التلاكي والاتفاق مع كل الناس. وذلك رغبة من الشخص في عدم التعرض لمواقف المجابهة سواء مع الآخرين او مع مشاكله.

والاستعمال المبالغ فيه لهذا العامل الدفاعي يضفي على الشخصية صفة الخضوع والاستسلام والضعف.

٢- التهرب والانحراف عن المشكلة (Déflexion): وآلية هذا الدفاع تكمن في الهرب من مواجهة المشاكل. والحديث عن أي شيئ الا عن حل هذه المشاكل، والاعتماد على هذا العامل الدفاعي، بشكل مبالغ فيه، يضفي على الشخصية صفة الهروبية وقلة الثقة بالنفس. وهؤلاء يتحولون بسهولة الى مدمنين (تدخين، كحول... الخ).

٣- عكس المشاكل نحو الداخل (Rétroflexion): وآلية هذا الدفاع تتلخص في تحويل طاقات الشخص العدائية نحو ذاته (وهذا ما يسميه المحللون بتدمير الذات). فهو عوضا عن التصدي لحل مشاكله فانه يقوم بثورة على ذاته. وهذا مثال معادل لما يسميه روزنمان بالنمط السلوكي (أ). وآلية الدفاع هذه تدفع الى الاصابة بالامراض النفسية - الجسدية على اختلاف أنواعها (ذبحة صدرية، ربو، سل، حكاك عصبي... الخ).

والحقيقة أن الإعتماد على هذه الآلية الدفاعية بشكل أساسي يجعل من الشخص انسانا ثائرا لا يرضيه الواقع ولا يقنعه.

٤- الاستدخال (Interiorisation): وتتمثل آلية الدفاع هذه ببعض العناصر النفسية غير المهضومة من قبل الشخصية (لا تنسجم معها) والمترسبة من خلال التربية أو الدين أو... الخ (الأنا الأعلى كما يسميها التحليل النفسي). وهذه العناصر تمارس تأثيراً هاماً في الشخصية سواء من ناحية المواقف أو من ناحية التصرفات. والإعتماد الزائد على هذه الآلية الدفاعية يضفي على الشخصية طابع الاستسلام للقضاء والقدر وكذلك فهو يضفي طابع اليأس على هذه الشخصية.

٥- الإسقاط (Projection): والاسقاط هنا له نفس معناه في التحليل النفسي. ففي كلتا الحالتين يعني الاسقاط أن يقوم الشخص بإضفاء أحاسيسه، مواقفه وطباعه النفسية على الآخرين. ومثل هذا الشخص ينتظر أن يأتيه الآخرون بالحلول لمشاكله. فاذا لم يحصل ذلك فإن هذا الشخص يقوم بإضفاء كافة صفاته الحسنة على الآخرين بحيث يفقد حتى الحد الأدنى من الثقة بالنفس. مما يدفع بهذا الشخص نحو الانهيار وأحياناً الى الانتحار. وتميز هذه الشخصية صفة عدم الاستقرار النفسي.

مما تقدم نلاحظ بأن هيمنة أي من العوامل الدفاعية تؤدي الى اضطراب الشخصية أو على الأقل اضطراب السلوك. والحقيقة ان الواقع العملي ينبئنا بأن الإنسان يستعمل عدداً من هذه الآليات الدفاعية دفعة واحدة. كما تبين لنا التجربة بأن الشخص نفسه يستعمل آلية دفاع معينة في المشاكل البسيطة ولكنه في المشاكل الصعبة يستعمل آليات دفاع أخرى.

وعلى أية حال فإن عملية حسابية بسيطة تخبرنا بأن هذه الآليات الخمس تستطيع ان تؤلف ٢٠٦ أنماط سلوكية[١٧] وفي النهاية لا بد لنا من الاشارة الى أن العلاج الجيشتالتي لا يزال يخطو خطواته الأولى. وبهذا فهو قابل للتطوير وخاصة

---

١٧ – النمط السلوكي (Schema comportamental) هو أسلوب تصرف في مواجهة المشاكل الحياتية التي تعترض الشخص. وهو ليس نمطاً من أنماط الشخصية. اذ يمكن للأشخاص ذوي الأنماط مختلفة الشخصية أن يتبنوا وأن يتبعوا نمطاً سلوكيا واحداً.

بعد ما تخلى القائمون عليه عن معاداتهم للتحليل النفسي وباتوا يعملون من منطلق أن أحد هذين العلاجين يتمم الآخر[١٨].

٥- الطب النفسي والشخصية:

تشترك العوامل المكونة للشخصية (ذاكرة، انتباه، تفاعل، تعاطف، فكر... الخ) في تحديد سلوك الشخص. هذا السلوك الذي يؤكد الطب النفسي على فصله عن الشخصية. ذلك ان للشخصية الواحدة عدة أوجه من السلوك. وكما رأينا لدى تعريفنا للنمط السلوكي. فانه يتغير بتغير الوضع النفسي للشخص. والسلوك في رأي الطب النفسي هو عبارة عن مجموعة من التصرفات التي يقوم بها الفرد في محاولة التكيف مع الضغوطات الخارجية التي يتعرض لها. فإذا ما زالت هذه الظروف أو إذا ما ازدادت حدتها فإن الشخص يغير سلوكه (طبعاً دون أن تتغير شخصيته أو بنيته النفسية).

وخلاصة القول ان الطب النفسي يعتبر أن الملكات العقلية هي العوامل المكونة للشخصية. وسنخصص الفصل التالي لعرض هذه العوامل.

والطب النفسي كما هو معروف يختص بدراسة اضطرابات السلوك والشخصية لدى المرضى النفسيين. إذ ان هذه الاضطرابات هي أولى مظاهر المرض النفسي. ونوعية الاضطراب السلوكي، لدى مريض ما، هي التي توجه الطبيب النفسي في وضعه لتشخيص الحالة. وذلك بمساعدة عدد من الملائم العيادية (الإيماءات، الحركات وطريقة ومحتوى الكلام... الخ) وعدد من الفحوصات (تخطيط دماغ، فحص العين، الاختبارات النفسية... الخ). وعليه فإن الطب النفسي يحدد نوعين من اضطرابات الشخصية.

---

١٨ – هذا ما يؤكده الباحث فريدريك برلز (F. Perls) الذي انتقل بالنظرية الجشتالتية من الميدان النظري الى الميدان العلاجي. للتعمق انظر كتاب برلز : F: Ma Gesthaltotherapie Perls.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا.

٢- الاضطرابات النفسية العظمى.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا: يتميز هذا المريض بالاحتفاظ بقدرته على التحليل المنطقي في الأمور المتعلقة بشخصه وبعلاقاته الاجتماعية. وهذا النوع من الاضطرابات يضم: ١) الهيستريا ٢) الخوف من الوقوع في المرض (المراق) ٣) صعوبات التكيف مع المحيط ٤) صعوبة التلاؤم مع متطلبات الحياة (نقص القدرة على التجريد وانخفاض القدرة على الاستنتاج).

٢- الاضطرابات النفسية العظمى: ويمتاز هذا المريض بفقدان القدرة على التحليل المنطقي فيما يتعلق بشخصه أو بعلاقاته الاجتماعية. ومثل هذه الاضطرابات تصادف في الأمراض التالية: ١) القصور العقلي (Oligophrénie)، ٢) فُصام الشخصية، ٣) الهلوسة، ٤) ذهان الهلوسة الانهياري، ٥) الكآبة، ٦) الذهان المتأتي من أسباب خارجية- داخلية، ٧) الخرف... و٨) الذهانات على أنواعها.

على أن تعرفنا الى رأي الطب النفسي في الشخصية يقتضي التعرف الى النقاط التالية:

١- تعريف الشخصية الطبيعية (من وجهة نظر الطب النفسي).

٢- نظريات نمو الشخصية.

٣- اضطرابات نمو الشخصية.

٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية.

٥- تصنيف اضطرابات الشخصية.

١- تعريف الشخصية الطبيعية:

ينظر الطب النفسي الى الشخصية على أنها ذلك التنظيم الديناميكي المستقر لمختلف عوامل الشخصية. مثل العوامل الانفعالية والذهنية والتعبيرية والبيولوجية والشكلية والتاريخية الحياتية والوراثية وأخيراً العوامل الذاتية، ومن الطبيعي أن تختلف هذه العوامل من شخص لآخر تماماً كما تختلف بصمات أصابعهم. من هذا الاختلاف ينشأ تنظيم الشخصية الديناميكي الخاص بكل شخص على حدة. مما يتيح لكل شخصية اثبات تمايزها وذاتيتها اللذين يفرقانها عن باقي الشخصيات. وذلك سواء من حيث طريقة التفكير والكلام أو من حيث التصرف والسلوك أو من حيث الحب والألم أو أخيرا من حيث تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين ومستوى تواصلها الانساني.

ولكل شخصية خطوطها ومعالمها الرئيسية التي تحدد مدى التوازن الداخلي لصاحبها. وهذه المعالم هي التي تحدد خصائص الشخصية ونقاط ضعفها وقوتها وأيضا مدى مرونتها وقدرتها على التكيف. وهنا يجب التذكير أن هذه المعالم هي من الكثرة بحيث يصعب تحديدها والاطلاع عليها كافة. اذ يمكننا القول ان الكرم والبخل، الكمال والإهمال، اللامبالاة والاندفاع... الخ. كلها صفات لا يمكننا اعتبارها مرضية ما لم تؤد الى اضطراب في تنظيم الشخصية يؤدي بدوره الى خلل تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين وخلل في مرونة الشخص وإمكانيات تكيفه وأخيراً إلى خلل في تقبل الشخص لذاته وحفاظه على توازنه الداخلي.

من خلال هذا العرض نستطيع أن نتفهم استحالة الوصول الى رسم معالم الشخصية الطبيعية الصالحة للاستخدام كمعيار لتقييم الشخصيات المرضية. وبناء عليه علينا أن نعلم بأن القول بمرض شخصية ما هو قول يستند الى إقامة هذه

الشخصية لعلاقات وروابط انفعالية- عاطفية من شأنها أن تتسبب بإحداث الألم المعنوي، وربما المادي، للشخص و/أو لمحيطه.

ولهذا التعريف أهميته القصوى التي توجب التقيد بـه. فمن خلال تعرفنا على خصائص الشخصية المرضية، من خلال هذا الفصل، فإننا سنلاحظ أن في شخصياتنا بعضاً من هذه الخصائص ليست كافية لاتهام الشخصية بالمرض ما دامت قادرة على تجنب إحداث الألم المعنوي أو المادي لنفسها أو لمحيطها. ومن الأهمية بمكان أن نعرف بأن الخصائص نفسها يمكنها أن تكون مرضية في أوضاع معينة وصحية في أوضاع اخرى. فالجراح الذي يجري جراحات دقيقة عليه أن يكون كامل الدقة وباحثا عن الكمال ومدققا بكل ما حوله. وكلما زادت دقته ورغبته في الكمال كان نجاحه أكبر وذلك دون أن يحق لأحد اعتباره صاحب شخصية وسواسية مع انه يملك علائمها.

وفي نهاية حديثنا عن الشخصية الطبيعية لا بد لنا من الإشارة الى الأوضاع الخاصة حيث يؤدي اتصال شخصيتين مرضيتين الى نشوء علاقة ثنائية من شأنها تسهيل تكيف كلتا الشخصيتين كأن يتصل صاحب الميول المازوشية بآخر لديه ميول سادية.

وفي العيادة النفسية كثيرا ما نلاحظ تفجر الأزمات والمظاهر العصابية لدى زوجين يملكان ميولاً نفسية غير قابلة للتعايش ولكن دون أن يكونا من مضطربي الشخصية. فزواج ميول وسواسية مع ميول رهابية أو ميول عظامية مع ميول هيستيرية... الخ هو زواج من شأنه أن يغذي هذه الميول ويدفعها للتبدي بشكل عصابي.

ولعل العالم سوندي[١٩] هو أفضل من درس هذه المواضيع، من خلال اختباره[٢٠] اذ قام بتمييز الفئات التالية للميول.

الميل المرضي	العامل	المحور
١- الشاذ Homosexuel	ش H	ج: الجنس S: Sexuel
٢- السدي Sadique	س S	
٣- الصرعي Epileptique	ص E	ع: عشوائي P: Paroxitique
٤- الهيستيري Hysterique	هـ Hy	
٥- التخشبي Catatonique	خ K	ف: فصامي Sch: chizophrénique
٦- العظامي Paranoide	عظ P	
٧- الانهياري Deprenssiv	ا D	د: دوري C: Cyclothymique
٨- الهوسي Maniac	هو M	

٢- نظريات نمو الشخصية:

تختلف آراء العلماء حول موضوع نمو الشخصية ومراحل هذا النمو. وذلك باختلاف المدارس والمنطلقات النظرية لهؤلاء العلماء، وفيما يلي عرض لأهم الآراء، في هذا المجال.

---

١٩ – مقابلة مع سوندي في مجلة الثقافة النفسية، العدد ٤ المجلد ١، ١٩٩٠

٢٠ – اسقاط الشخصية في اختبار سوندي – سلسلة الاختبارات النفسية – منشورات مدن

(أ) المدرسة الإدراكية[٢١]

ترتكز هذه المدرسة على مبدأ دراسة النمو الإدراكي للشخص. وتحديدا فانها ترتكز على دراستها للوظائف الإدراكية المؤدية الى الوعي والمعرفة والقدرات الذهنية على وجه العموم.

من طرفه يطرح بياجيه، مؤسس هذه المدرسة، الرأي القائل إن الذكاء هو بمنزلة وظيفة تساعد الجسم على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه. شأن الذكاء في ذلك شأن سائر الوظائف الحيوية. ويؤكد هذا العالم أن اتصال الشخص بمحيطه هو اتصال خاضع لعمليتين ذهنيتين أساسيتين هما:

١- الملاءمة **Accomodation**

وهي انعكاس التكيف الداخلي تبعاً للظروف الخارجية (المحيط). وفي هذا المجال فإن تجارب الشخص وتنوعها يجعلانه مالكا لأسلوبه الخاص في التكيف. هذا الاسلوب الذي يمايز بين الشخصيات ويفرق بينها.

٢- الاستيعاب **Assimilation**

وهو امكانية الشخص وقدرته على تفهم الحقائق الخارجية بمختلف وجوهها وهذا الفهم إنما يتم اعتماداً على أنماط فهم سابقة ومشابهة للحقائق الخارجية. وعن طريق الاستيعاب يستطيع الشخص تعميم تجاربه وتطوير قدرته على التكيف وعلى فهم الحقائق. هذا ويؤكد بياجيه على التلازم المستمر بين الأعمال الحركية والأعمال الذهنية (الأفكار). فهو يعتبر أن الارتكاسات هي أعمال بدائية وأن الأعمال الحركية

---

٢١ – شهدت هذه النظرية تطورات وتعديلات كثيرة. انظر كتاب ذكاء الطفل المدرسي. سلسلة علم نفس الطفل د. محمد أحمد النابلسي، دار النهضة العربية ١٩٨٨

تسمح بإحداث تغييرات في المحيط. أما الأفعال الذهنية فتتميز بكونها مستدخلة وقابلة للتغيير. وهكذا يقسم بياجيه نمو الشخصية الى مراحل هي التالية:

١- المرحلة الحسية – الحركية.

٢- مرحلة ما قبل الفعل.

٣- مرحلة الفعل.

٤- المرحلة العملياتية.

(ب) نظريات التعلم:

وتنبع هذه النظريات من علم النفس التطبيقي والسلوكي. وهي تدرس علاقة الشخص بمحيطه من خلال تحليلها لآليات التعلم. التي تعتمد أساساً على قدرة الشخص على التلاؤم والتكيف. ولقد حدد بافلوف ما يسمى بتلاؤم الاستجابة كما حدد سكاينر التلاؤم العملي من طريق التدعيم والتكرار.

الى هذه الاسس تستند بعض نظريات الشخصية التي تعتبر العادة بمنزلة العنصر الأساسي للشخصية. وفي رأيها أن العادة هي الرابط الحقيقي بين الإثارة وردة الفعل عليها. وهكذا فإن الشخصية في نظر هؤلاء هي عبارة عن مجموعة كبيرة من العادات المكتسبة أثناء نمو الشخصية. وهذه العادات ما هي إلا حصيلة آليات التعلم المعتمدة على العمليات الأولية والعمليات الثانوية. ولا تهمل هذه النظريات تأثير فترة الطفولة والعوامل الاجتماعية – الثقافية في تكوين الشخصية.

(ج) المدرسة التحليلية:

اعتمد فرويد على المظاهر المزاجية- العلائقية للشخصية وبنى نظريته على أساسها.

(راجع رأي المدرسة التحليلية في هذا الفصل).

٣- اضطرابات نمو الشخصية:

يختلف تصنيف هذه الاضطرابات باختلاف المدارس. لذلك فإننا نورده من الوجهة الميادية التجريبية حيث نلاحظ:

(أ) الاضطرابات العابرة أثناء تطور الشخصية: وهي اضطرابات تنعكس في سلوك الشخص وتصرفاته، وهي تعود الى سوء تنظيم الجهاز النفسي في مرحلة ما قبل الـ١٨ عاما. وتشخص هذه الاضطرابات بالسلوكية. وهي تتبدى في فترات متقطعة ويمكننا تشخيصها من خلال استعراضنا لتاريخ طفولة المريض ومراهقته. حيث نجد في هذا التاريخ مسببات الاضطرابات التي أعاقت تطور الشخصية بشكل جزئي.

(ب) اضطرابات طريقة تنظيم الشخصية (الشخصية المرضية): وتتنوع هذه الاضطرابات تنوعاً كبيراً لتضم طائفة كبيرة من اضطرابات نمو الشخصية. وتحديداً الشخصيات المرضية (البسيكوباتية). هذه الشخصيات التي تعاني اضطرابات كمية او نوعية على الصعيد المزاجي – العاطفي أو على الصعيد الغريزي. وتترسخ هذه الاضطرابات خلال فترة المراهقة وتستمر طيلة الحياة. وتتميز الشخصية المرضية (البسيكوباتية) بـ:

- عدم قدرة الشخص على التحكم بنزواته وبمزاجه العاطفي.
- عدم اعترافه وعدم وعيه لأعطال بنيته الشخصية- النفسية- المرضية.
- عدم القدرة على التكيف مع محيطه الاجتماعي.

وسنخصص الفقرات اللاحقة لعرض الجداول العيادية لمختلف أنواع الشخصيات المرضية.

(ج) اضطرابات الشخصية والحوادث الدماغية: وهي الاضطرابات الناجمة عن اصابات دماغية. سواء أكانت مباشرة (رضوض، حوادث، عمليات جراحية-

دماغية... الخ) أم كانت نتيجة لظهور أمراض معينة مثل الصرع والأورام الدماغية... الخ.

ومن الممكن أن تحدث الإصابة الدماغية قبل اكتمال نمو الشخصية. وفي هذه الحالة فإنها تعيق تطور الشخصية وتحده. أما إذا أتت الإصابة بعد اكتمال نضج الشخصية فإنها، في هذه الحالة، تتسبب بالنكوص والتراجع العقليين اللذين قد يصلان الى حدود الذهان (انظر لاحقا الذهانات الناجمة عن الرضوض والإصابات الدماغية).

٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية:

ان مظاهر القلق والعدائية والشدة النفسية واضطرابات النوم ومراحل الإعاقة النفسية هي جميعاً مظاهر ممكنة الملاحظة لدى الشخص الطبيعي. فالشخصية الطبيعية لا بد لها أن تمر بأزمات ومآزق نفسية من شأنها توليد مثل هذه المظاهر. فالصراعات لا تؤدي الى اضطراب الشخصية وانما يؤدي الى هذا الاضطراب عجز الشخصية عن مواجهة هذه الصراعات. وبمعنى آخر فإن الشخصية الطبيعية ليست تلك المحافظة على توازنها ولكنها تلك القادرة على مجابهة اختلال التوازن والتصدي له بحيث تعيد توازنها الى حالته العادية. وهكذا فإن الشخصية لا تكون طبيعية ما لم تتعرض لجحيم التجارب وتخرج من هذا الجحيم متناسقة ومتوازنة. وهنا نذكر بقول Canguilthem[٢٢]: "أن تكون بصحة جيدة يعني أن تستطيع أن تمرض وأن تبرأ من المرض".

٢٢- Canguilhem G: Le normal et le pathologique P.U.F. ١٩٧٢

وفي المعنى نفسه يقول Mac Dougall[٢٣] " يجب الحذر من الوقوع في أسر الطبيعية المرضية"[٢٤]

وبهذا يتأكد لنا، مرة أخرى، عدم وجود الحدود الفاصلة بين شخصية طبيعية وشخصية مرضية. بل إن التمازج بين الطبيعي والمرضي يصل الى حدود تستعصي على فهم علماء النفس وذلك في حالات المبدعين الذين يشكون من اضطراب شخصياتهم. وفي تأكيد لغياب هذه الحدود يقول فرويد "ان طبيعة الشخصية هي من الأمور النسبية".

بناء على ما تقدم كان من الطبيعي أن يعجز الباحثون عن التحديد الواضح للعلاقة المفترضة بين الشخصية المرضية من جهة والاضطراب العقلي من جهة أخرى. ومن أهم المدارس الدارسة لهذه العلاقة نذكر التالية:

١ – مدرسة أنماط كرتشمر:

يعتمد كرتشمر في تقسيمه للأنماط الى معطيات بيولوجية ووراثية. وهو يقترح تقسيماً يضم ثلاثة أنماط هي:

١- النمط الرياضي.

٢- النمط الواهن.

٣- النمط المربوع (انظر الصور).

---

٢٣ – Mac Dougall, J: Plaidoyer pour une certaine anormalité Gallimard, ١٩٧٨

٢٤ – مثال ذلك أنه من الطبيعي أن نخاف عندما تكون لهذا الخوف دواع حقيقية. ولكن هذا الطبيعي يتحول الى مرضي عندما نستمر بخوفنا في غياب الدواعي الحقيقية لهذا الخوف.

هذا ويؤكد العديد من الباحثين على كون "النمط المربوع" الاكثر عرضة للاضطرابات المزاجية. في حين أن "النمط المتطاول" هو الأكثر عرضة الذهانات الفصامية. وكما هو ملاحظ فإن هذه المدرسة تنطلق من اعتبار مفاده ان المرض العقلي هو نتاج اضطراب بيولوجي ينعكس على الشكل الخارجي للمريض وعلى شخصيته. ومدرسة كرتشمر ليست الوحيدة التي تعتمد هذه الفرضية التي لم يمكن إثباتها حتى اليوم.

٢- المدرسة الاميركية:

ان الجمعية الأميركية للطب النفسي تولي عناية كبيرة لموضوع اضطراب الشخصية. وقد بلغت هذه العناية حداً جعل من اضطراب الشخصية محورا من محاور التشخيص الخمسة التي تعتمدها هذه الجمعية.

ومن مظاهر هذه العناية ايضا قيام المدرسة الأميركية بتعديل تصنيفها كي يستوعب أنماطا جديدة لاضطرابات الشخصية، يعتبرها المؤلفون الأميركيون بمنزلة توطئة لظهور المرض العقلي. وعلى هذا الأساس ادخل الأميركيون "اضطراب الشخصية من النمط الفصامي" (انظر الفقرات التالية).

٣- المدرسة التحليلية:

كما سبقت الإشارة فإن هذه المدرسة لم تتوصل الى تصنيف لاضطرابات الشخصية. الا ان المحللين يتكلمون عن الشخصية الذهانية ويعرفونها على النحو التالي: "ان الشخصيّة الذهانية هي تلك الشخصية التي تهيمن عليها (بطريقة قهرية وقاسية) الاسقاطات والتماهيات الإسقاطية ورفض وعي الواقع". أما الشخصيات العصابية فيقسمها التحليل الى مصابة بأعصبة تقليدية (على علاقة بالعقد الطفولية ومصابة بأعصبة راهنة.

٥- تصنيف اضطرابات الشخصية:

إن التعددية الهائلة، لتصنيفات اضطرابات الشخصية، تمنعنا من عرض هذا التصنيف بطريقة شاملة. لذلك فإننا سنعمد الى عرض هذا التصنيف على طريقتنا الخاصة. وذلك استناداً الى تجربتنا ومراعاة لعدد من المستجدات في الميدان. ولكن اختيارنا هذا لا يعني مطلقا التزامنا بموقف أو تجروءنا على اهمال بقية التصنيفات الواردة عند بقية المدارس. وهكذا فإن عدم عرضنا لأنماط معينة لا يعني إهمالها ونبدأ عرضنا بـ:

١- الشخصية العظامية (ذات العلائم البارانويائية):

في راي العالم Porot يتميز هذا الاضطراب من خلال الكبرياء المبالغ فيها وعدم الثقة بالآخرين وعدم القدرة على تفهم دوافعهم النفسية. وكذلك فإنه يتميز بالقساوة النفسية المتظاهرة من خلال الإصرار (الذي لا يمكن تعديله) على اقتناعاته الخاصة (المبنية على أساس مرضي). الى ذلك يضاف نزق غير مبرر، وانعدام المرونة في مواقف حياتية كثيرة. وذلك حتى في حال تقديم جميع الأدلة على عدم منطقية الافكار المتسببة بهذا النزق.

عناصر التشخيص:

١- كبرياء مبالغ فيها (مبالغة في تقدير الذات).

٢- انعدام الثقة بالآخرين.

٣- القساوة النفسية.

٤- التأويل غير الموضوعي.

٥- فقدان القدرة على التحكم بالمواقف المزاجية.

٢- الشخصية المضطربة مزاجيا (Affective)

تمتاز هذه الشخصية بمواقف مزاجية غير متناسبة مع الواقع. ويمكن لهذه المواقف أن تميل نحو الانهيار والكآبة أو نحو الحبور أو هي تتراوح بين الاثنين.

عناصر تشخيص المزاج الانهياري:

١- مزاج أساسي ميال نحو الانهيار.

٢- العزلة الاجتماعية.

٣- التألف مع الحوادث التعسة.

٤- الاهتمام بالواجبات الاجتماعية.

عناصر تشخيص الحبور:

١- ميل أساسي نحو الحبور.

٢- السطحية العلائقية.

٣- نشاط زائد.

٤- اللامبالاة بالواجبات.

عناصر تشخيص الحالات المتراوحة:

١- مراوحة مزاجية عامة بين الانبهار والحبور.

٢- غياب دور العوامل الخارجية والأسباب المبررة لهذه المراوحة.

٣- الشخصية المنفصمة (Schizoide):

ويمتاز هذا النمط أساساً بعجز الشخص عن إقامة علاقات اجتماعية، ويعود هذا العجز الى غياب الدفء العاطفي والى لا مبالاة الشخص بالتقريظ وبالانتقاد وبمشاعر الآخرين عامة.

عناصر التشخيص:

١- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية.

٢- العزلة.

٣- انخفاض النشاط

٤- البرودة العاطفية واللامبالاة.

٥- عدم كفاية الدوافع النزوية.

٤- الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotype):[٢٥]

عناصر التشخيص:

يجب أن يلاحظ لدى المريض ٤ على الأقل من العناصر التالية:

١- التفكير الخيالي (حاسة سادسة، تنبوات، توارد أفكار... الخ).

٢- أفكار علائقية.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- أوهام تتبدى من حين لآخر (تبدد الشخصية، انعدام التحقيق، تهيوات رؤية الأصوات... الخ).

٥- الحديث الشاذ لغوياً.

٦- اضطراب العلاقات الشخصية.

٧- نزق وأفكار عظامية.

٨- قلق اجتماعي او حساسية بالغة أمام النقد.

وإلى هذه العناصر يمكن أن تضاف المظاهر التالية: خليط متنوع من مظاهر القلق والانهيار وانعدام المزاج. وغالبا ما نجد لدى هذا الشخص مظاهر الشخصية الحدية (انظر الشخصية الحدية) وفي حالات الشدة او الصدمة النفسية تمكن ملاحظة بعض المظاهر الذهانية العابرة.

---

٢٥ - يقترح تصنيف الجمعية الأميركية DSM III هذا النمط ويعتبره مقدمة للفصام

٥- الشخصية الانفجارية:

تتميز هذه الشخصية بالميل المبالغ فيه لتفريغ الانفعالات بطريقة تصادمية ومحدثة للضجة.

عناصر التشخيص:

١- تفريغ تصادمي للانفعالات.

٢- سلوك غير متساو.

٣- ردود فعل غير متناسقة.

٤- ميل المزاج نحو الهمود (انعدام المزاج).

٦- الشخصية الوسواسية (Obsessive)

ويعرفها جانيه (P.Janet) بأنها فاقدة لحس الواقع من خلال انخفاض قدرة الشخص على استيعاب الحقيقة كاملة وفي مختلف وجوهها. ويعود هذا الانخفاض الى خلل في آلية القدرة على الربط بين المعطيات الإدراكية والتفكير والعواطف والمواقف.

عناصر التشخيص:

١- قدرة محدودة على الإعراب عن العواطف والمشاعر.

٢- التردد.

٣- العجز عن استيعاب الحقائق.

٤- عدم الثقة بالقدرات الذاتية.

٥- الرغبة في الكمال.

٦- تعب جسدي- نفسي (بسيكاستانيا) ومن هنا تسمية بعضهم لهذه الشخصية بالبسيكاستانية.

٧- الشخصية التجنبية (Evitante):

أدخل المؤلفون الأميركيون (DSM III) نوعاً جديداً من اضطراب الشخصية هو "التجنبي". وهذا النمط يشترك مع سابقه في سمات عديدة منها الثقة بالقدرات الذاتية والعجز عن استيعاب الحقائق في مختلف وجوهها... الخ.

عناصر التشخيص:

١- حساسية بالغة أمام علائم الرفض (من قبل الآخرين: والانتقاد. والاستنفار لدى ظهور أية علامة تنبئ بتراجع تقدير المجتمع لـه. والميل الى تفسير الأحداث البريئة على أنها سخرية.

٢- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية إلا بشرط التأكد الجازم بأنه سيكون مقبولاً دون شروط.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- الرغبة في أن يكون مقبولاً ومحبوباً.

٥- ضعف الثقة بالذات وبالقدرات الذاتية.

٨- الشخصية الهيستيرية:

يعتبر جاسبرز (Jaspers) أن السمة الأساسية لهذه الشخصية هي مبالغتها ودراماتيكيتها بحيث "تريد أن تبدو أكثر مما هي عليه في الواقع" وذلك اضافة الى مظاهر عدم نضج التفكير والعواطف والنشاطات.

عناصر التشخيص:

١- الحركات التمثيلية المسرحية.

٢- عدم النضج وعدم الثبات الانفعالي.

٣- زيادة تقدير اهمية الذات.

٤- التملق العاطفي.

٥- محاولات تجنيس العلاقات الاجتماعية.

٩- الشخصية النرجسية:

عديدون هم العلماء الذين اهتموا بهذا النمط من اضطراب الشخصية. وفي مقدمتهم Hartmanو Kernberg. ويتميز هذا النمط بالمبالغة في تقدير الذات، الاهتمام المحموم لتحقيق نجاحات غير محدودة ورغبة استعراضية في جلب الانتباه والإعجاب. أما العلاقات مع الآخرين فهي عرضة دائما للانتكاسات بسبب سطحية العلاقات التي يقيمها النرجسي وبسبب عدم تحمله النقد وانتظاره المكافآت. ويظهر هذا المريض امتلاءً بذاته يترافق ظاهرياً مع تكيف اجتماعي فاعل ولكن مع اضطرابات هامة في بعض العلاقات. وتحتوي شخصية النرجسي على مزيج متغير من الطموح الحاد وهوام العظمة وشعور بالدونية وزيادة التعلق بأجواء الإعجاب والتقدير والموافقة الخارجية. ولقد أعاد الأميركيون طرح هذا النمط في تصنيفهم.

عناصر التشخيص:

١- الشعور القلق بأهمية الذات.

٢- الانشغال الهوامي بتحقيق النجاح الذاتي على مختلف المستويات.

٣- الاستعراضية.

٤- اللامبالاة أو الغضب البالغ أمام الجروح النرجسية.

٥- السعي وراء المكاسب الشخصية (كأن يغضب ويفاجأ اذا لم يقدم له الآخرون مطالبه).

٦- استغلال العلاقات الشخصية.

٧- تراوح العلاقات الاجتماعية[٢٦].

٨- غياب عمق العلاقات الاجتماعية.

---

٢٦ -في علاقته بذات الشخص يتراوح النرجسي بين المبالغة في تقدير الآخر وبين تجريده من الأهمية

١٠- الشخصية الواهنة (Asthénique):

يعرف شنايدر K. Schneider أصحاب هذه الشخصية بأنهم "أناس يصلون بسرعة إلى وضعية المأزق مهما كان الجهد المطلوب منهم بسيطاً. وذلك لاسباب طبائعية". ويتميز هذا النمط من اضطراب الشخصية بحالة وهن (نفسي وجسدي) مزمنة مترافقة مع درجة استثارة عالية (الانفعالية والنزق).

عناصر التشخيص:

١- وهن مزمن.

٢- هشاشة نفسية.

٣- مردود (عملي وفكري) غير كاف.

٤- نقص التوازن المزاجي.

٥- غياب احترام الجسد (بسبب ضعف الجسد والنفس فإن لهذا المريض شكاوى نفسية وجسدية لا تنتهي).

١١- الشخصية المعادية للمجتمع:

يتميز هذا النمط بغياب القدرة على التكيف (المستمر) مع الأعراف الاجتماعية - الأخلاقية للمجتمع الذي يعيش فيه هذا المريض. وهكذا يؤدي سلوك المريض الى صراع مباشر مع هذا المجتمع. ويختلف هذا الاضطراب عن باقي اضطرابات الشخصية من حيث شموله لمجموعة من الاضطرابات المتبدية بأشكال مختلفة وعلى أصعدة متمايزة. وذلك بحيث يمكننا تقسيم هؤلاء المرضى الى ثلاث فئات:

١- معاداة المجتمع الفعلية.

٢- الشواذ جنسياً.

٣- اصحاب النزوات. وتشترك هذه الفئات بعناصر التشخيص التالية:

عناصر التشخيص:

١- غياب التكيف المزمن مع العادات والأعراف الاجتماعية السائدة.

٢- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية بشكل طبيعي.

٣- بدائية العواطف وعدم تهذيبها. وهي مترافقة مع اضطرابات غريزية.

١٢- الشخصية الحدية (Border Line):

أدخل العالم Hugues هذا المصطلح للمرة الأولى، في العام ١٨٨٣. وما لبث المصطلح أن دخل في التصنيفات عام ١٩٣٨ (Stern). ولقد عرف مبدأ الشخصية الحدية (الحد بين العصاب والذهان) انبولا ونجلما واسعين. وذلك بسبب الحاجة الى مثل هذا المصطلح لاستخدامه في تصنيف وتبويب عدد من الاضطرابات العيادية التي لا يمكن ادراجها في عداد الأبواب التقليدية المعروفة في التصنيفات النفسية. لهذه الأسباب تعرض مفهوم الشخصية الحدية الى تغيرات عميقة وعديدة مع مرور الزمن. ولقد اهتم الأميركيون بشكل خاص بهذا النمط من اضطراب الشخصية وعملوا على ايضاحه وجلاء عناصره وهم يعرفونه على أنه اضطراب للشخصية يطال عدداً متغيراً من أصعدة الحياة النفسية. وخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات الشخصية والمزاج الأساسي وصورة الذات اضافة الى تغيرات فائقة في الشخصية. وذلك بحيث لا تحافظ الشخصية على أي من ملامحها بشكل دائم.

عناصر التشخيص:

١- العلاقات الشخصية المتغيرة.

٢- عدم ثبات الحالة المزاجية الاساسية.

٣- اضطراب الهوية الذاتية.

٤- وجود سوابق سلوك تدميري (إدمان، سلوك مؤذٍ، إيذاء الذات، محاولات الانتحار... الخ).

١٣ - الشخصية التابعة (Dépendante):

إن اضطرابات الشخصية المعروضة اعلاه هي، كما رأينـا، اضطرابات تطـال كافة نواحي الحياة النفسية للمريض. ولكننا لدى قيامنا بمراجعـة مختلف التصنيفات نلاحظ أن بعضها يحتوي اضطرابات تطـال وجهاً من وجوه الحياة النفسية (مثل التكيف الاجتمـاعي والمهني أو مستوى ونوعية العلاقات الشخصية... الخ) دون غيره. ومن هذه الأنماط يركز المؤلفون الأميركيون على نمطين هما.

١- الشخصية التابعة.

٢- الشخصية السلبية- العدائية.

عناصر التشخيص:

١- نظراً لعجزه عن الفعل منفرداً فإن التابع يقبل، بشكل سلبي، قيام الآخرين بتحمل مسؤولياته الحياتية الأساسية عوضاً عنه.

٢- القبول بوصاية الآخرين (الذين يتبع لهم) على مصالحه الشخصية. وذلك بهدف تجنب تعرضه وحيداً للمضايقات.

٣- غياب الثقة بالذات (يعتبر نفسه عاجزاً ومهملاً... الخ).

وهذا النمط غالبا ما تخالطه مظاهر اضطرابات الشخصية الأخرى (مثـل الشخصية الهيستيرية او النرجسية او التجنبية او النمط الفصامي. ومظاهر القلق والانهيار هي مظاهر مصاحبة غالبا للشخصية التابعة.

١٤ - الشخصية السلبية — العدائية (Passive - Agressive):

عناصر التشخيص:

١- مقاومة ومعارضة المتطلبات الضرورية، في الأحوال العادية، للحصول على الكفاءات الملائمة سواء في الحياة الاجتماعية او المهنية.

٢- المقاومة غير المباشرة في موقفين على الأقل من المواقف التالية: المراوغة والكسل، العناد الادعاء بعدم القدرة (مثل ادعاء النسيان مثلاً).

٣- استناداً الى العنصرين المشار اليهما أعلاه نلاحظ انعدام فعالية عميق وطويل المدى لدى المريض. وانعدام الفعالية هذا قد يطال أدواراً أساسية في حياة المريض (دور الطالب أو دور الزوج... الخ) مما يعيق تقدم المريض ونجاحه.

٤- استمرار المريض في هذا السلوك حتى ولو تأمنت له ظروف تأكيد ذاته وفعاليته.

٥- لا تظهر لدى المريض أعراض اخرى تصنفه في خانة أخرى من اضطرابات الشخصية ولا في خانة اضطرابات المعارضة الملاحظة لدى بعض المراهقين قبل سن الثامنة عشرة.

الشخصية متعددة الاضطرابات (Polymorphe):

إن جهود تصنيف اضطرابات الشخصية تصطدم بوقائع عيادية حيث تتمازج لدى نفس المريض علائم تنتمي الى أنماط مختلفة لاضطرابات الشخصية. وعلى هذا الاساس يقترح اسطنطين غورغوس C. Gorgos التصنيفين التاليين:

١- الشخصية متعددة الاضطرابات.

٢- الشخصية المزيجة.

عناصر التشخيص:

يشخص اضطراب الشخصية من النوع متعدد الاضطرابات عندما نجد فيها عناصر مرضية لتشخيص اضطرابات متعددة (كالنمط الفصامي، ومعادي المجتمع والسلبي- العدائي).

١٦- الشخصية المزيجة (Mixte):

عناصر التشخيص:

وذلك عندما تظهر لدى الشخص علائم اضطراب الشخصية التي تنتمي الى أنماط مختلفة. ولكن دون أن تكون هذه الاضطرابات كافية لتصنيف الاضطراب في أي من هذه الأنماط.

١٧- اضطراب الشخصية اللانمطي (Atypique):

حددت الجمعية الأميركية للطب النفسي هذا النوع من اضطرابات الشخصية لتصنف في اطاره جميع حالات الشخصية التي لا يمكن تصنيفها في عداد الأنماط التي تقترحها هذه الجمعية لاضطرابات الشخصية (سنعرضها في الفقرة التالية) ويستند تشخيص اضطراب الشخصية اللانمطي اساسا الى وجود العناصر الثلاثة الرئيسية لكافة اضطرابات الشخصية وهي:

١- عجز الشخص عن التكامل المتناسق في محيطه الاجتماعي.

٢- عجزه عن التحكم في النواحي الغريزية والنواحي العاطفية - الارادية.

٣- عدم وعيه واعترافه بوجود الاضطراب لديه.

جدول يلخص علائم اضطرابات الشخصية

	اضطرابات على صعيد الـ				
نمط الاضطراب	الغرائز	المزاج	السلوك	الوظيفي-الاجتماعي	التعقيدات
عظامي (بارانوياي)	---	تخشب المزاج	قساوة نفسية وعدم الثقة بالآخرين	بمستوى طبيعي	ردود فعل عصابية وساوس مرضية هذيان العظمة

	اضطرابات على صعيد الـ				
نمط الاضطراب	الغرائز	المزاج	السلوك	الوظيفي- الاجتماعي	التعقيدات
مزاجي Affective	اضطراب الغريزة الجنسية	ميول انهيارية	سطحية العلاقات	نسبياً جيد	إدمان كحول- مخدر بغاء وانهيار.
المنفصم Schezoide	عدم كفاية الدوافع الغريزية	قساوة نفسية	العزلة وأهمية الذات المبالغة	انطوائي .	انتحار أو/و أعمال معادية للمجتمع.
انفجاري Explosive	ردات فعل بدائية	انحلام المزاج	عدائية	محدود صعب الاستمرار والتحمل	نوبات غضب إدمان.
وسواسي Obsenive	كبت الغرائز	عدم الثقة بعواطفه	العزل التردد	نسبياً جيدة	نوبات وسواسية (حصرية) وانهيار وعدم استيعاب.
هيستيري	ضعف النزوات	قصور التضج العاطفي	حركات مسرحية درامانيكية	متغيرة	انهيار، إغماء هيستيري، محاولات انتحار استعراضية.
واهن	تحسس نفسي	تخدير عاطفي	عدم القدرة على مجابهة الأحداث	منخفض	انهيار، وهن جنسي ووساوس مرضية
معاد للمجتمع	شذوذ نزوي	مزاج مضطرب	معادي للمجتمع	منخفضة جداً أو غائبة	إدمان - جريمة- شذوذ- سرقة...
شخصية حدية Border Line	نزواتية متحكمة	عدم الثبات الانفعالي	أعمال مؤذية للذات	سلوك غير مناسب	انتحار ايذاء الذات.

١٨- تصنيفات اخرى:

نختم حديثنا عن اضطرابات الشخصية، من الناحية التصنيفية، بعرض أهم التصنيفات المعتمدة ونبدأ بـ:

(أ) الجمعية الأميركية للطب النفسي (DSM III R)

١- معادية للمجتمع

٢- التجنبية.

٣- الحدية.

٤- التابعة.

٥- الهيستيرية.

٦- المتعددة.

٧- النرجسية.

٨- اللانمطية.

٩- الوسواسية- القهرية.

١٠- المضوية.

١١- المظامية.

١٢- السببية- العدائية.

١٣- السادية.

١٤- المنفصمة.

١٥- النمط الفصامي.

١٦- Self Defacting.

(ب) منظمة الصحة العالمية (ICD٩):

١- عظامية.

٢- مزاجية.

٣- منفصمة.

٤- انفجارية (صرعية).

٥- وسواسية (قهرية).

٦- هيستيرية.

٧- واهنة.

٨- فرضية- اجتماعية.

٩- غيرها (الخارج عن المألوف- السلبي العدائي).

١٠- غير محددة.

(ج) تصنيف ليونهارد Leonhard:

١- زائدة المزاج.

٢- منخفضة المزاج.

٣- فائقة الدقة.

٤- فائقة الإصرار.

٥- المتراوحة.

٦- البالغة الحماس.

٧- القلقة.

٨- الانفعالية.

٩- غير قادرة على الضبط.

١٠- استعراضية.

٦- علاج اضطرابات الشخصية:[٢٧]

يمتاز هذا العلاج بتعقيده وبصعوبته الفائقة. وتزداد هذه الصعوبة بشكل مبالغ في عياداتنا العربية. ويمكننا تلخيص أسباب هذه الزيادة بالنقاط التالية:

(أ) ان غياب او انخفاض مستوى الوعي الصحي- النفسي يضاعفان احتمالات عدم وعي وعدم الاعتراف بالاضطراب. وهما يدفعان المحيط ايضا الى اهمال الاضطراب وعدم وعيه وأحيانا التهرب من الاعتراف به في حال وعيه.

(ب) إن المريض لا يتوجه للمعاينة الا في حالات اللامعاوضة الحادة. وهنا نستطيع تمييز مواقف عديدة هي:

١- اللامعاوضة المؤدية الى ظهور الوساوس المرضية (المراق). وفي هذه الحالة فإن المريض لا يصل الى العيادة النفسية الا بعد فترة طويلة (من بضعة أشهر الى بضع سنوات) من المراجعات الطبية الاختصاصية.

٢- اللامعاوضة العصابية. ونادراً ما يصل هذا المريض (العربي) الى العيادة النفسية.

٣- اللامعاوضة الذهانية: وهي عرضة لالتباسات التشخيص.

٤- حالات إيذاء الذات أو الآخرين. حيث تطرح إشكاليات الطب النفسي الشرعي.

(ج) غالبا ما يعجز المحيط عن إعطاء آراء موضوعية حول نشوء الاضطراب وتطوره. بل ان المحيط غالبا من يعرقل الفحص باخفائه عدداً من المظاهر السابقة لاضطراب الشخصية من منطلق أنها تعيب العائلة. اضافة لجزم جاهل بأن لا علاقة

---

٢٧ - التعمق بموضوع العقاقير النفسية المستخدمة في علاج اضطرابات الشخصية انظر - محمد أحمد النابلسي: معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

لهذه الممارسات المعيبة (التي هي في الواقع من صلب أعراض اضطراب الشخصية) بالوضع الحالي للمريض. وهكذا نجد الأهل وهم يخفون ممارسات من نوع إيذاء الذات، محاولات الانتحار، محاولات القتل، الادمان، السرقة... الخ من منطلق أن لا علاقة لهذه الممارسات بالوضع الحالي للمريض! وهم يقيمون هذا الوضع على أنها حالة بسيطة عابرة!.

(د) بناء على مجموعة الأسباب المذكورة اعلاه فإن المحيط قد يمارس دوراً سلبياً ومعيقاً أكثر خطورة. ففي حالات كثيرة يخفي الأهل تعرض المريض للرضوض الدماغية أو هم يخفون الوراثة المرضية – النفسية، وأحياناً على عكس ذلك نلاحظ أن الأهل يحاولون الإيحاء برد المرض الى رضة دماغية (يضخمون أثرها) في محاولة للتخلص من عار اصابة ابنهم بالمرض أو بالاضطراب. وهكذا تتنوع مظاهر سلبية الأهل المؤدية الى إعاقة التشخيص وتالياً العلاج.

ان النقاط المشار اليها أعلاه تؤدي الى زيادة مهمة الطبيب العربي صعوبة والى ارباك مهمته اضافة للصعوبة البالغة في التعامل مع محيط المريض.

بعد هذا العرض الموجز لخصائص الممارسة في العيادة العربية نأتي الى عرض اقتراحاتنا العلاجية لحالات اضطراب الشخصية من خلال النقاط التالية:

١ – الاضطرابات الناجمة عن الحوادث الدماغية:

في حالات اضطراب الشخصية الناجم عن الحوادث الدماغية – المرضية، والمؤدي الى تغيرات عاطفية – مزاجية بالغة، فان المهدئات العظمى تكون ذات تأثير محدود. ولعل أكثرها فعالية عقار الـ Fluphenazine. وفي حال شكوى هذا المريض من الصداع فإننا ننصح باستعمال الـ Sulfate de Magnezium مع محلول السكر (١٠٪) وفيتامين ج (كلها بالحقن الوريدي – مصل).

٢- العلاج الوقائي:

ويهدف هذا العلاج الى الحد من الأسباب والظروف والعوامل التي كانت سبباً في ظهور الاضطراب او في تشجيع ظهور اللامعاوضة.

٣- علاج مختلف الانماط المعروضة سابقاً:

كما سبقت الإشارة فإن المدارس النفسية المعاصرة تختلف في تصنيفها لهذه الاضطرابات. وهذا الاختلاف لا ينحصر في نطاق التسميات بل انه أعمق من ذلك بكثير. فغياب المقاييس الدقيقة لتحديد الشخصية الطبيعية يستتبع معه غياب المقاييس التي من شأنها تحديد عمق اضطراب الشخصية. ومن الطبيعي ان تؤدي مجمل هذه العوامل الى اختلافات عميقة تمتد من التشخيص الى العوارض ومنهما الى العلاج. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد أن نفس العارض يتخذ دلالات مختلفة باختلاف الثقافات فالعزلة العائلية تعتبر نوعاً من الاستقلالية في العائلة الأميركية وعليه فإن ظهورها لدى الشاب الأميركي ليست له اية دلالة. أما اذا انعزل الشاب العربي عن عائلته فإن ذلك يجب ان يكون مدعاة للقلق. لان جهاز العلاقات يرفض هذه العزلة ومن هنا يمكننا اعتبار الإصرار عليها من قبل الشاب بمنزلة علامة مرضية. وقس عليه بالنسبة لعوارض اضطراب الشخصية الاخرى. وهكذا يتضح لنا ان علاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية هو مثير للجدل ولتضارب الاراء. ودون ان نتجرأ على وضع أنفسنا في موقع الحكم في هذه الصراعات ودون أن نعتبر أنفسنا في مصاف أولئك الذين يخوضون فيها فإننا نعرض فيما يلي وجهة نظرنا الشخصية ونلخصها كما يلي:

أ- العلاج بالمهدئات العظمى:

يمكننا تقسيم اضطرابات الشخصية الى مجموعتين كبيرتين. الاولى تحتاج للعلاج بالمهدئات العظمى (العظامية وفصامية النمط والفصامية والحدية والحدائية

ومعادية المجتمع والسادية.. الخ حسب التصنيف). والثانية لا تحتاج للعلاج بهذه الأدوية (الهيستيرية والنرجسية والتجنبية والوسواسية- القهرية والتابعة والواهنة).

وفي الحالات التي يحتاج فيها الاضطراب الى العلاج بهذه الأدوية فإننا نلاحظ اختلافا في تحديد نوعية هذه الأدوية فبعضهم ينصح بعائلة الفينوتيازين وآخرون بالعائلات الاخرى. وبما اننا آثرنا الاقتصار على تجربتنا الشخصية فإننا نستعمل في علاج هذه الحالات دواء "البريسيازين" المسوق باسم Neuleptil (وهو من عائلة فينوتيازين ويسمى بفينوتيازين الشباب لانه ملائم لعلاج اضطرابات الشباب ولانهم أقدر على تحمل آثاره الجانبية). ويستعمل هذا الدواء بالجرعة المناسبة للحالة.

أما في حالات اضطرابات الشخصية الخطرة وبخاصة الشخصية الحدية Border Line وEtat Limitte فإننا نستعمل حقن (خزان يدوم مفعولها ٢- ٤ أسابيع الـFlupentixol بأعيرة تتراوح بين ٢٠ و٦٠ مغ).

٢- العلاج بمضادات الاكتئاب:

ان مضاد الاكتئاب يفرض نفسه في حالات اضطراب الشخصية حيث يستند التشخيص الى الصراعات التكيفية. وهذه الصراعات تقتضي استعمال مضادات الاكتئاب على أن يتم اختيار المناسب منها تبعا لنوعية الاضطراب وللبنية الجسدية للمريض ولوضعه الصحي العام. ولعل أكثر مضادات الاكتئاب استعمالاً في المجال هما عقاران: Impramine و Clomipramine ولكننا يجب ألا نهمل مضادات الاكتئاب المسوقة حديثا والتي تبدو فائقة الفعالية وفي مقدمتها عقار الـFaverin المسوق الذي تدل الأبحاث المبدئية على فعاليته.

٣- لمحة موجزة عن علاج اضطرابات الشخصية:

(أ) الشخصية العظامية:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـMelleril أو Fluanxol).
- العلاج النفسي.

ب- الشخصية فصامية النمط:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـHaloperidol).
- Imipramine.
- العلاج النفسي.

(ج) الشخصية المنفصمة:

- Neuleptil (ويمكن استبداله بـHaloperidol).
- IMAO (أحد الأنواع الجديدة ذات الآثار المحدودة.
- علاج نفسي داعم.

(د) الشخصية الهيستيرية:

- علاج نفسي - ايحائي.
- يمكن استخدام الـ IMAO الحديث في حال ترافقها مع اضطراب المزاج.
- يمكن استخدام العلاج الدوائي المسلح (Armée).

(هـ) الشخصية النرجسية:

- علاج نفسي
- Clomipramine
- املاح الليتيوم.

(و) شخصية الحد الفاصل:

- Fluanxol حقنه خزان عوار ٢٠ مع مرة كل ٤ أسابيع.
- Carbamazepine
- أملاح الليتيوم (في حال ترافقها مع اضطراب المزاج).
- منشطات (في حال ترافقها مع الانحطاط).
- العلاج النفسي (له في هذه الحالات أهميته الخاصة).

(ز) الشخصية التجنبية:

- علاج نفسي إدراكي.
- مضاد انهيار من نوع (IMAO).

(ح) الشخصية الوسواسية- القهرية:

- Imipramine أو Clomipramine.
- علاج نفسي.

(ط) الشخصية السلبية - العدائية:

- مضاد انهيار من نوع (IMAO) - العائلات الحديثة.
- Lorazepam أو Xanax .
- علاج نفسي.

(ل) الشخصية المعادية للمجتمع:

- علاج نفسي جماعي (في مؤسسات متخصصة).
- علاج دوائي ظواهري.

الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في الشخصية

١ - التفاعل الوجداني

أ- المزاج　　　　ب- الغرائز

ج- التأثر والانفعال　　　　د- العواطف والاهواء

٢- المعرفة

أ- الفهم

ب- التعلم

٣- التصور

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

أ- الانتباه

ب- الذاكرة

ج- الخيال

٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك

أ- التفكير　　　　ب- اللغة

ج- الذكاء　　　　د- الارادة

كنا قد عرضنا في نهاية الفصل السابق لمتغيرات الشخصية واضطراباتها. ونود ان نناقش في هذا الفصل العوامل المؤثرة في الشخصية براي الطب النفسي وهي التالية:

١- التفاعل الوجداني.

٢- المعرفة.

٣- التصور.

٤- الوظائف الموجهة للسلوك والمؤدية لتكامله.

٥- العمليات المودية الى ترابط السلوك.

١- التفاعل الوجداني

يلعب الوجدان دوراً أساسياً في تحديد الشخصية. ذلك أن الوجدان يطبع الشخصية بطابعه. هذا بالاضافة الى الادوار الرئيسية التي يلعبها الوجدان في عمليات التعلم، التقدم والتفوق. فالحضرية والاهتمام والمزاج ليست الا متفرعات للوجدان كما سنرى.

والحالات الوجدانية تؤثر ايضا في عملية الإدراك هذه العملية المتأثرة بالمعرفة والتصور الى جانب تأثرها بالوجدان.

مما تقدم نستنتج بأن الوجدان يلون بطابعه الحياة النفسية للشخص. ومن هنا يأتي اعتبارها وجها من وجوه الشخصية. وليس مجرد عامل مكون لهذه الشخصية.

أ- دور الوجدان في تحديد السلوك: ان ردة فعل الشخص أمام مشكلة ما لا تتعلق فقط بحجم هذه المشكلة ولكنها تتعلق مباشرة بحالته الوجدانية أثناء تعرضه

المشكلة. ولننطلق من المسلمة الفيزيولوجية القائلة بأن لكل اثارة ردة فعل تأتي بمنزلة الجواب على هذه الإثارة.

واذا كنا في مجال الحديث عن الوجدان فمن الطبيعي القول بأن ردة الفعل هذه تختلف باختلاف التفاعل الوجداني من شخص لاخر. ولكنها تختلف ايضا باختلاف حدة الاثارة وباختلاف الوقت الذي نعرض فيه هذا الشخص للاثارة.

ونبدأ اولا بشرح كيفية تفاعل الجسد مع الاثارة، فالجسد يتلقى هذه الاثارة ويعايشها وجدانيا، وهذه المعايشة تترجم على الصعيد الجسدي بمجموعة معقدة من التغيرات الفيزيولوجية الناجمة في معظمها عن تدخل الجهاز العصبي النباتي (اللاارادي) والغدد الصماء. وتفصيل ذلك أن الإثارة تؤدي الى:

١- تحريك الجهاز الودي (السمبتاوي) الذي يقوم بتهيئة الجسم للقيام بردة الفعل. وذلك بمساعدة الجهاز الغددي الذي يفرز الادرينالين ومعادلاته. الأمر الذي يساهم في تحديد ردة فعل حافزة (Ergotrope) بحيث ترتفع مقدرة الجسم على الايصال الكهربائي وكذلك ارتفاع ضغط الدم وتسارع التنفس وزيادة الحيوية العضلية... الخ والواقع أن أي معايشة من نوع الحافزة، كالغضب مثلا، تؤدي الى تحريك الجهاز الودي (السمبتاوي).

٢- في حالة الاثارة التي تهيج الجهاز نظير الودي (الباراسمبتاوي) فان هذا التهييج يؤدي الى تهييج افراز الكولين (Choline) مما يؤدي الى مظاهر جسدية مثل تباطؤ نبض القلب، تباطؤ التنفس، الشحوب... الخ.

وسيطرة احدى الآليات المشروحة أعلاه هي في الواقع سيطرة نسبية. اذ ان أية إثارة كانت تؤدي الى تهييج الجهازين معا[1]. فالخوف على سبيل المثال وبالرغم من

---

١ - ينقسم الجهاز العصبي الى قسمين اساسيين: المركزي او الارادي والنباتي او اللا ارداي. وهذا الاخير مسؤول عن ادارة الاحشاء التي تمارس وظائفها بصورة الية دون تدخل الارادة. مثل نبض

مظاهره الجسدية الدالة على هيمنة الجهاز الودي (السمبتاوي) إلا أنه يكون ايضا متلازماً بمظاهر تهييج الجهاز نظير الودي (البارسمبتاوي) مثل الغثيان او التقيؤ او التبول... الخ.

ونحن عندما نقوم بدراسة الحالات الوجدانية نلاحظ دائما وجود علاقة متشابكة بين العوامل الخارجية (نوع الاثارة، حدتها، ديمومتها... الخ) وبين العوامل الداخلية الخاصة بكل انسان على حدة والخاصة ايضا بالوضع الآني (الحالة المزاجية) للشخص. وكل واحد من هذه العوامل يمارس تأثيراته الخاصة ويتحكم بشكل او بآخر في ظهور ردة الفعل وفي تحديد الحالة المزاجية التي تعقب الاثارة. بهذه الطريقة وحدها نستطيع ان نفسر اختلاف ردات الفعل، أمام نفس الاثارة، من شخص لآخر. أي بمعنى آخر هكذا نستطيع أن نفهم لماذ تودي نفس عوامل الارهاق الى اصابة شخص ما بالقرحة[2] وآخر بارتفاع الضغط [3] أو بالذبحة القلبية[4] او غيرها من الامراض الانسدادية.

القلب وافرازات الغدد وحركات الامعاء.. الخ. ولهذا الجهاز الـلا ارداي ناقلاته الكيميائية الخاصة وهي الكاتيكولا منيات (ادرينالين ونور ادرينالين) بالنسبة لقسمه الودي والكولين بالنسبة لقسمه نظير الودي.

٢- للتعمق انظر الامراض النفسية وعلاجها- مرجع سابق الذكر - فصل القرحة. (ص٩٩).

٣- المرجع السابق ص(٣٠)

٤- المرجع السابق ص(٦٧)

وفي نهاية حديثنا عن دور الوجدان في تحديد السلوك نورد عدداً من العوامل المؤثرة في الحالة الوجدانية لشخص ما. ومن هذه العوامل نذكر: التعب، الارهاق النفسي، الاكتفاء، العادة الشهرية، الانتظار، الحرمان الحسي[*].

ب- الوجدان من وجهة نظر طبية: ان آلية الوجدان وتغير الحالة المزاجية كانت مثار نقاشات عديدة. وقد طرح حول هذه المسألة عدد من التساؤلات والفرضيات. ولعل اولى النظريات النفسية- الفيزيولوجية حول الوجدان هي تلك النظرية التي طرحها العالمان (James , Lange) في العام ١٨٨٤. والقائلة بأن الانفعال والمعايشات الوجدانية بشكل عام يمكن أن تفسر من خلال تاثيرها على الشخص ومن خلال التغيرات الظاهرة التي تحدثها فيه. وبقيت عبارة جايمس (James) الشهيرة: " عندما نشاهد دباً نصاب بالخوف لأننا نهرب ".

على أن هذه النظرية لا تغطي الا الدرجة الاولى من سلم التاثيرات التي يحدثها الوجدان ولهذا فهي تعتبر اليوم نظرية ساذجة. ففي العام ١٩٢٧ ظهرت نظرية كانون (Cannon) و (Bard) وعرفت هذه النظرية بنظرية اللحاء - الدماغ الأوسط (Cortico - Diencephlique) وهذه النظرية لا تزال تلاقي الكثير من القبول لغاية الآن.

وقد أثبت بارد بأنه لا يمكن الاستغناء عن الهيبوتالاموس في شرح الحالات الوجدانية. ذلك أن استئصاله لدى القطط يؤدي الى فقدان الانفعال لديها. وبهذا يعتبر بارد بأن الهيبوتالاموس هو المسؤول عن تسجيل ردود الفعل الوجدانية وذلك طبعا تحت مراقبة اللحاء الدماغي. ونحن اذا أردنا أن نلخص هذه النظرية فان التلخيص

---

*- الحرمان الحسي: ويقصد به حرمان الشخص من استخدام حواسه كأن يوضع في مكان مظلم فيحرم من استخدامه حاسة النظر... الخ من ممارسات الحرمان الحسي المستخدمة في عمليات غسل الدماغ.

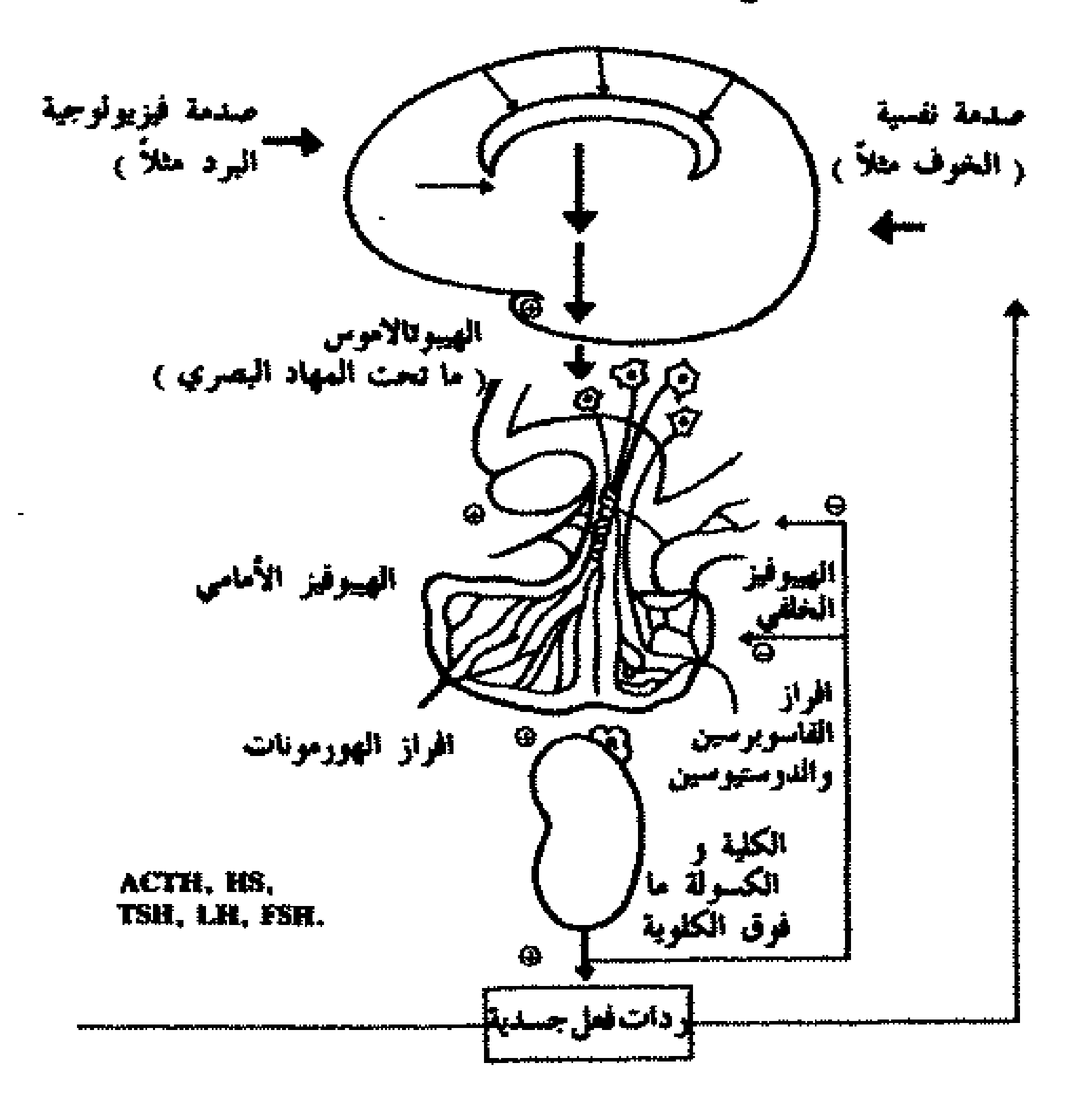
يأتي على النحو التالي: يقوم اللحاء الدماغي بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء المعايشات الوجدانية. إلا ان اظهار وتنفيذ ردود الفعل فهي من اختصاص الهيبوتالاموس.

وفي العام ١٩٥٠ استطاع العالمان ليندسلي (Lindsley) وارنولد (Arnold) ان يكملا هذه النظرية وأن يسدا بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهما لآلية التنشيط (Activation). هذه الآلية التي تستطيع أن تشرح لنا أسباب استمرار أو حتى زيادة أثر المعايشات الوجدانية السابقة. فهذه النظرية تقول بأن المثير يحدث تهييجا يصل الى المركز الخاص به في اللحاء. وعندما يبدأ المرء بوعي المثير وفي هذه اللحظة يكف اللحاء عن كبح الهيبوتالاموس بحيث يتيح له ممارسة التأثيرات المتلائمة مع المثير. وهذه الرابطة بين اللحاء والهيبوتالاموس تلعب دوراً مزدوجاً. فهي من ناحية تقوم بإرسال السائل العصبي (influx Nerveux) الضروري لمواجهة المثير. أما من ناحية أخرى فهي تقود التيار العصبي (Flux Nerveux) من المحيط نحو اللحاء متيحة بذلك امكانية دعم واستمرار وتقوية ردة الفعل.

ولا بد هنا من الاشارة الى الاضافة التي أتى بها العالم ماك لين (Mac lean) من خلال دراساته على الجهاز الهامشي (الليمبي) (أنظر الصفحة التالية) وآرائه في التكامل السلوكي. بحيث اصبح بالامكان تحديد دائرة مغلقة للفعل ولردة الفعل.

وهذه الدائرة تستطيع ان تفسر لنا ما يجري بشكل متكامل. وهذه الدائرة العصبية المغلقة هي: لحاء دماغي– هيبوتالاموس– أعصاب محيطية– هيبوتالاموس– لحاء دماغي (Cortico- Hypothalamo)- perferico - Cortical - Hypothalamique. هذه الدائرة العصبية تستطيع أن تفسر لنا الآلية المسؤولة عن الاستمرار التلقائي للمعاناة الوجدانية التي تدوم طويلاً.

وهذه النظرية تعتبر نقلة هامة في فهم وظيفية الجهاز العصبي. وذلك من خلال تخطيها دراسة الدماغ من حيث بنيته الى دراسة الأدوار الوظيفية للدماغ. فهذه النظرية قادرة على شرح تكامل البواعث والطاقة والوجدانية.



وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القائمة بين الجهاز العصبي من جهة وبين الغدد الصماء من جهة اخرى. هذه المشاركة التي تتم اثر مواجهة الجسد لصدمة ما. سواء أكانت نفسية (كالخوف مثلا) او فيزيولوجية (كالتعرض للبرد مثلا).

وفي كلتا الحالتين نلاحظ ان الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. فالمثير يؤدي الى تهييج الهيبوثالاموس (ما تحت المهاد) مما يؤدي الى إفراز الغدة النخامية للهرمونات: T.S.H. A.C.T.H. , L.H و F.S.H وهذه الهرمونات تصب في الدم وعن طريقه تصل الى الغدد الكظرية اللمائية حيث تقوم بمراقبة افراز الـA.C.T.H وتشجيع ردات الفعل الجسدية الكفيلة بمقاومة اثار الصدمة.

ومن المهم أن نلاحظ الرابطة العصبية – الهرمونية الدقيقة القائمة بين الهيبوثالاموس والغدة النخامية، اذ نلاحظ ان الهيبوثالاموس يفرز الهورمونات (Releasing factors) التي تؤدي بدورها الى افراز الهورمونات النخامية (A.C.T.H- L.H- T.S.H. F.S.H).

ج- تكون الوجدان ونموه لدى الطفل: خلال العام الأول من عمره يعيش الطفل البشري حالات وجدانية بدائية، فطرية ومتقلبة. كما أن المعايشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها تؤدي الى ردود فعل واسعة وشاملة.

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لعمر ٣- ٤ سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل. الا ان طفل هذه السن يبقى مقيدا بما يعرض عليه محيطه. الا أنه يجيب بحزم بسرعة، بعنف ودون أن يتردد كثيرا في الانتقاء. أما في السن المتراوحة بين ٣ و٦ سنوات فاننا نلاحظ لدى الطفل اولى علائم القدرة على تعديل واخفاء معايشاته الوجدانية. فطفل هذه السن يقوم بالانتقاء ويفضل بعض الدمى أو الألوان او الملابس على أخرى. ولكن المعايشة الوجدانية في هذه السن تبقى قصيرة المدى وغير ثابتة وخاضعة لتأثير الايحاء والرغبة في تقليد الكبار. وفي هذه المرحلة يجب علينا ان نهذب ذوق الطفل وأن نوقظ لديه الاحساس بالجمال والخير.

أما المرحلة الدراسية الممتدة من سن ٦ الى ١٦ سنة. فهي تشهد نضج العواطف وعقلنتها. وفي هذه المرحلة يتجسد النمط الحياتي للشخص وفقا للمثل العيا، التقاليد والابطال الموجودين في محيطه.

د- السلوك الوجداني: ان تحديد السلوك الوجداني لشخص ما هو أمر في غاية الصعوبة. اذ ان العوامل المكونة لهذا السلوك والمؤثرة فيه هي عوامل متشعبة ومتداخلة بشكل يصعب معه حصرها او حتى تحديدها. وسنقتصر هنا على مناقشة الخطوط العريضة للعوامل المؤثرة في السلوك الوجداني. وهذه العوامل هي:

١- الحالة المزاجية.

٢- الغرائز.

٣- التأثر او الانفعال.

٤- العواطف والأهواء.

١- الحالة المزاجية:

إن التناغم الانفعالي- الوجداني\الحياة النفسية يرتكز على مجموعة من التأثيرات الخارجية والداخلية الخاصة بكل شخصية على حدة. والروابط القائمة بين هذه التأثيرات هي التي تحدد مدى تكامل الملكات والقدرات العقلية.

وبإمكاننا أعتبار المزاج بمنزلة الميزان الحقيقي للقوى العقلية المتحكمة في التوازن النفسي. فمن الملاحظ بأن أي تغيير أو اضطراب، يحصل على الصعيد الجسدي، يؤدي الى تغير الحالة المزاجية. هذا وقد تعودنا على وصف المزاج بأنه جيد او سيء، بأنه مستحب او بغيض.

ويقسم الطب النفسي اضطرابات المزاج وفقا لخطين متعامدين: أولهما يقسم الحالات المزاجية من حيث حدتها وديمومتها الى ثلاثة أنواع هي:

أ- المزاج الزائد الانفعال (Hyperthymie).

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي) (Athymie).

ج- المزاج المتدني الانفعال (Hypothymie).

أما الخط الثاني فيقسم اضطرابات المزاج، وفقا لانعكاسها على السلوك الى قسمين هما:

د- المزاج النظير الانفعالي Parathymie.

هـ- المزاج العسير (المؤلم) Dysthymie.

أ- المزاج الزائد الانفعال (ارتفاع التأثر الوجداني) : وهذا النوع من اضطرابات المزاج تمكن مصادفته في أمراض نفسية وعقلية متعددة مثل: الذهانات المتبدية بزيادة الانفعال، الصرع، اثناء النشوة الصوفية لمرض الصرع، حالات المرح المصاحبة لتعاطي المخدرات وفي بعض حالات التخلف العقلي... الخ.

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي): ويتبدى هذا المزاج من خلال لا مبالاة وجدانية مبالغ فيها. ويحدث احيانا ان تترافق هذه اللامبالاة بالهلوسات وهذا ما تصادفه لدى بعض مرضى الفصام بشكل خاص.

ج- المزاج المتدني الانفعال (الهامد): ويتميز بتناقص الصدى الوجداني والاندفاع الحيوي للشخص ومثل هذا الاضطراب المزاجي تمكن ملاحظته في حالات رضوض الجمجمة، وفصام الشخصية وفي غالبية حالات الخبل. وتجدر الاشارة هنا بأن الكآبة ليست حالة جمود وتدني انفعالي كما قد يخيل لنا للوهلة الاولى ولكنها حالة ارتفاع في التأثر الوجداني. هذا الارتفاع الذي يجعل المريض يضخم عوامل حزنه مما يرفع تأثيرها الوجداني على مزاجه بحيث يصبح كئيباً.

د- المزاج العسير: أو المزاج المؤلم ويتبدى هذا المزاج من خلال الخطوط العريضة التالية: مزاج حزيني يتراوح بين الألم الاخلاقي، أي التركيب الانهياري،

ولكن تعكر المزاج هذا يمكن أن يصل الى مرحلة الانقباض الشاق والمكدر الذي يمتد الى التفكير ككل ويطبع المزاج بالخوف من الوحدة او رهاب الذات (Egophobie) ومثل هذه الحالة تميز عصاب فيرا (Névrose Vera) الا أن هذا المزاج العسير ممكن أن ينشأ عن حالات الألم المعنوي المترافق مع العمى العقلي كما يحدث لدى مرضى كآبة القلق.

والحقيقة ان المزاج العسير كثيرا ما يصاحب حالات الانهيار الارتكاسي، ذهانات التقهقر بسبب التقدم في العمر، حالات الصرع (فترة ما بين النوبات) وكذلك في حالات النوراستانيا... الخ.

هـ- المزاج النظير الانفعالي: وهذا الاضطراب المزاجي هو مرحلة تطورية للمزاج العسير. وهو يحدث عندما يتلازم الألم المعنوي والحالات المكدرة مع الحساسية المفرطة والخوف والعصبية. وهذه الحالة المزاجية تلاحظ بشكل خاص لدى بعض مرضى الصرع وكذلك في حالات الهذيان الحاد المترافق مع الخبل الحلمي. واخيراً لدى مدمني المخدرات في فترات منعهم عن تعاطيها.

٢- الغرائز:

تعرف الغريزة على أنها ملكة القيام بافعال معينة ومحددة تتفق مع الوراثة دون أن تكون هنالك حاجة لتعلم هذه الأفعال.

ويتفق العلماء اليوم على تقسيم الغرائز الى مجموعتين كبيرتين هما:

١- الغرائز المؤدية للحفاظ على الذات (البقاء) وفيها تدخل غرائز التغذية والدفاع عن النفس... الخ.

٢- الغرائز الهادفة للحفاظ على النوع ومنها غرائز الانجاب والأمومة.. الخ.

أما عن مواقف العلماء من الغرائز، فقد كانت هذه المواقف شديدة التباين ففي حين يعلق فرويد الاهمية القصوى على الغرائز والجنسية منها بشكل خاص، فإننا نلاحظ أن لورنز (K. Lorenz) يؤكد بأن الغرائز قابلة للتهذيب والتأثر بالمحيط.

وأخيراً فإن علماء الجراحة العصبية استطاعوا أن يثبتوا بأن التحكم في الغرائز هو من الأمور الممكنة خاصة بعدما حددوا المناطق الدماغية ما تحت المهادية المتحكمة بهذه الغرائز (راجع الصورة التي تبين روابط التالاموس).

هذا وقد استطاع العلماء ان يدخلوا الكثير من الموضوعية على معرفتنا لهذه الغرائز وذلك من خلال اكتشافهم لتلك الناقلات العصبية المسماة بالاندورفين[6]. ذات المفعول المخدر الذي يفوق مفعول المورفين بعشرات الأضعاف. فقد أثبتت التجارب بأن من شأن هذه الناقلات أن تتحكم بالمزاج ايضا بالغرائز. ولن نطيل الشرح أكثر من هذا. وسنبدأ باستعراض اضطرابات الغرائز:

أ- اضطراب غريزة التغذية: وهذا الاضطراب يمكن أن يتظاهر بأشكال ومناسبات عديدة:

١- النهام: زيادة كمية الأكل المتناولة وهذه الزيادة ممكن أن تنجم عن أمراض عقلية (تخلف عقلي، العته، وفصام الشخصية... الخ) أو أمراض نفسية كالانهيار الارتكاسي أو أمراض عضوية مثل أمراض البنكرياس، السكري أو أورام الدماغ الأوسط.

٢- العطش الزائد: أي زيادة شرب السوائل وهي صفة مميزة للعصابات بشكل أساسي ولكننا يجب ألا ننسى السكري الكاذب.

٦- الاندورفينات أو مورفينات الدماغ (Endorphines) هي ناقلات عصبية- كيميائية يفرزها الجهاز العصبي على صعيد الدماغ بصورة خاصة)، وهي تملك خصائص مخدرة شبيهة بخصائص المورفينات.

٣- انخفاض الشهية: هذا الانخفاض يمكن أن يصل لغاية الامتناع الكلي عن الطعام (إباء الطعام) ولفترات طويلة كما في حالة عصاب الخلفة العقلي [٧]. كما يمكن أن نصادف انخفاض الشهية في حالات القلق والانهيار والادمان والكآبة... الخ.

٤- شذوذ الغريزة الغذائية: وهذا الشذوذ يتبدى بأشكال عديدة منها:

أ- أكل البراز (فضلات الأمعاء) (Coprophagie) تصادف في حالة الفصام المزمن المتطور.

ب- أكل الأشياء الغريبة (Allotriophagie): مثل أكل الزجاج، الفحم، الطباشير، المسامير... الخ وهذه تصادف في الاضطرابات النفسية المرضية أو في حالة المساومة مع المحيط.

ج- الوحام أو شهية الحامل: ومنها رغبة الحامل في أكل الأشياء المالحة وفي بعض الحالات المتطرفة اكل الوحل المالح وهذا يدخل في الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل.

ب- اضطراب الغريزة الجنسية:

١- ازدياد الرغبة الجنسية أو الشبق: وتلاحظ مثل هذه الزيادة في حالات الهيستيريا والتخلف العقلي وبداية حالات العته وكذلك في حالات الهوس. والشبق يمكن أن يؤدي الى ارتكاب أفعال منافية للحشمة (اغتصاب، تهتك، شذوذ... الخ).

٧- عصاب الخلفة العقلي (Anorexie Mentale) أو القهم: حالة مرضية تتبدى لدى الفتيات في سن المراهقة بمظاهر الامتناع عن تناول الطعام (إباء الطعام) والتقيوء الارادي عقب تناول أي طعام. اضافة لانقطاع العادة الشهرية وبروز مظاهر الهزال العيانية. للتعمق في هذا الموضوع انظر: محمد أحمد النابلسي: الهزال وعلاجه النفسي، الرسالة- الايمان بيروت.

٢- انخفاض الرغبة الجنسية او البرودة الجنسية (مرأة) او العنة (الرجل): وهذا الانخفاض يظهر في حالات الارهاق، الانهيار، النوراستانيا (العياء) انحراف الغريزة او الإدمان على المخدرات او تعاطي المهدئات.

٣- الشذوذ الجنسي: ويمكن أن ينشأ عن أسباب متنوعة كالعقد النفسية الفرويدية، او الاضطرابات الهورمونية أو تحت تأثير المحيط او نتيجة للامراض النفسية أو العقلية. والشذوذ على أنوع عديدة نذكر منها:

١- اللواط وهو ممارسة الجنس بين ذكرين.

٢- السحاق وهو ممارسة الجنس بين امرأتين.

٣- شذوذ العمر: وهو عبارة عن اختيار رفيق جنسي (سوي أو غير سوي) من عمر غير مناسب. كأن يكون الشريك طفلا (pedophilie) أو أن يكون مسنا (Gerentophilie).

٤- الفيتشية: وهي التعلق بالملابس والأشياء ذات المغزى الجنسي.

٥- المازوشية: وهي عبارة عن الرغبة في التعرض للعذاب اثناء الممارسة.

٦- السادية: وهي لذة تعذيب الشريك الجنسي.

٧- الاستمناء: وهو الكفاية الجنسية الذاتية. وتصادف في حالة غياب الشريك الجنسي او عدم توفره. وكذلك لدى الخائفين من السفلس والايدز وايضا عند أولئك الذين تعرضوا لاحباط جنسي اضافة الى السابقين.

٨- ادمان الجنس: وهو عبارة عن ممارسة الجنس دون وجود رغبة حقيقية فيه: البغاء، الاجبار، الخوف الخ...

٣- التأثر والانفعالات:

إن الانفعال هو الطريقة الخاصة التي يعيش وفقها الشخص احساسه الذاتي لوعيه ولنشاطاته. والانفعال يؤثر مباشرة في التوازن العصبي- الهورموني والتوازن الغريزي وكذلك في دوافع الشخص الذي يعيشه.

فالانفعال هو اذا الطريقة النفسية – الفيزيولوجية المعايشات الذاتية. وتتميز الانفعالات بظهورها المفاجئ، ديمومتها القصيرة ولكن ايضا حدتها وتأثيرها على الجسد فهي تؤدي الى مشاركة الجهاز العصبي- النباتي والجهاز الغددي بشكل مرهق وفعال.

ولا بد لنا من لفت النظر الى الاضطراب الانفعالي. هذا الاضطراب المتميز بالانتقال السريع من حالة عاطفية الى اخرى بسرعة. مثل الانتقال المفاجئ من الضحك الى البكاء، ومثل هذا الاضطراب يصادف في حالات الهيستيريا، تناذر القلق الانهياري، حالات العته الناجمة عن الشيخوخة أو عن سوء تغذية الدماغ وكذلك في حالة المصابين بحادث شبيه بصيلي Pseudobulbaire[٨] حيث يصبح الانتقال من الضحك الى البكاء عشوائياً ولا يمكن أن نجد له أي مبرر. هذا الوضع الذي يمكن ان يعيه المريض نفسه.

٤- العواطف والاهواء:

اذا كانت الغرائز والانفعالات لا تخضع كثيراً لسيطرة الوعي ورقابته فإن العواطف والأهواء تخضع لهذه السيطرة. فالعواطف هي وسيلة التقدير الذاتية

٨- تناذر شبيه بصيلي Pseudo - Bulbaire: هو تناذر عصبي يمتزج فيه الاختلاط العقلي، بدرجاته المتفاوتة، مع مظاهر عصبية معقدة تطال نواحي الحركة والضبط. وهو يأتي غالبا عقب اصابة شلل نصفي والمصاب به خطوة مميزة (خطوة صغيرة مترددة) – انظر اضطرابات المشية في فصل الفحص الطبي العام.

الشخص. هذه الوسيلة المؤثرة في تلقي الشخص للانطباعات. وهي تعتمد أساساً على تجربة الشخص الذاتية.

والعاطفة هي مرحلة متطورة للمعايشة الوجدانية تتجلى بتفاعلات فكرية – مزاجية تعكس الذكاء الانساني في تطوره التاريخي- الاجتماعي وذلك من خلال المحتوى الاخلاقي، الجمالي والذهني لهذه العواطف. وظهور العواطف يبدأ عادة معقداً، بطيئاً وتدريجياً. وتستمر العواطف عادة لفترة طويلة ولكن تطورها يكون بطيئا ومعتدلا. وخلال ذلك فان العواطف تسيطر على الشخصية برمتها.

والعواطف السوية لكي تظهر يجب أن تكون مدعمة بتربية حسية – اخلاقية، تطور طبيعي لقدرات الشخص الذكائية وبتفكير متزن (هو الذي يحدد العواطف في أغلب الاحيان).

والاضطراب العاطفي يمكن أن يظهر في حالات وأوضاع مختلفة، وخاصة في حالات الأمراض النفسية. هذه الأمراض التي تترافق دائما بالاضطراب العاطفي. أما أنواع الاضطراب العاطفي فهي متعددة نذكر منها:

١- الشعور بالدونية وعدم الاكتفاء، لدى مرضى العصاب.

٢- الأنانية البالغة الحدة لدى المرضى النفسيين مضطربي الشخصية.

٣- الغيرة والاستبداد لدى مدمني الكحول.

٤- الشعور بالغربة (لغاية رفض الاعتراف بالوالدين) لدى مرضى فصام الشخصية.

٥- الغرور وزيادة تقدير الذات لدى مرض العظام.

٦- إنكار الأنا لدى المعتوهين.

وفي نهاية حديثنا عن الوجدان. نقول بأن تحديد الاضطرابات الوجدانية يقتضي منا أن نقوم بمراقبة المريض لفترة كافية. بحيث ندعه يتصرف على سجيته ودون أن يحس بأنه مراقب.

ومن أهم الملاحظات التي يجب تدوينها في هذا المجال هي مدى تطابق قناعات الشخص مع طريقته في الاعراب عنها. اذ قد يخفي المفحوص أفكاراً ذهانية. كما انه قد يعرض لمثل هذه الأفكار دون أن يكون مقتنعاً بها.

أما اذا اردنا التعمق في دراسة الوجدان فعندها وجب علينا ان نلجأ لاستخدام اختبارات الشخصية على أنواعها.

٢- المعرفة

إن المفهوم النفسي للمعرفة يمثلها على أنها القدرة على وعي مجموعة من المعلومات التي يحويها الحقل العقلي (Champ mental) في لحظة ما. وكذلك فان المعرفة هي الطريقة التي تنظم وفقها المعلومات بحيث يمكن استخدامها في وجوهها المختلفة من اجل التكيف مع المحيط والتكامل فيه.

والمعرفة تعتمد على ملكتين أساسيتين هما:

١- الفهم

٢- التعلم.

١- الفهم:

يعتبر الفهم والاستيعاب اولى وسائل التكيف مع المحيط والتكامل فيه. فالفهم هو عبارة عن الصيرورة الذاتية المعقدة والموحدة التي تحدد في الوعي كمبدأ فكري- مزاجي. وذلك من خلال انعكاس خصائص الاشياء والظواهر الطبيعية التي تمارس تاثيرها دون انقطاع في أدوات الحس (العين، الاذن،... الخ) وبهذا فهي تحدد احساسات يحللها الدماغ ويركبها بشكل ردود فعل ارتكاسية في القشرة الدماغية.

وهكذا نلاحظ بأن الفهم يتعلق مباشرة بالمزاج، وكذلك بالتفكير. وكذلك نلاحظ بأن طريقة الفهم هي القاعدة التي تساعد على حدس وتبين مفاهيم الزمان، المكان، الحركة وكذلك حالة الجسد.

والحقيقة ان الانعكاس الواضح للعالم المادي في وعينا انما يرتهن بارسال هذا العالم للمهيجات التي تستطيع حواسنا ان تفهمها. فالاذن البشرية لا تلتقط من الاصوات الا تلك المتراوحة بين (١٦ – ٣٢٠٠٠ Vib/ Sec) والحقل العقلي للانسان يحتوي على مجموعة من المعلومات والاحساسات الاصلية وعملية الفهم هي كناية عن استقبال المعلومات الجديدة (من خلال اجهزة حسية معقدة متمثلة في الواقع مرحلة من مراحل الفهم. وهو يعتمد على المستقبلات الحسية التي تقسم الى:

أ- مستقبلات حسية- ميكانيكية: وتتمثل هذه المستقبلات بالجلد، المفاصل، العضلات والأغشية المبطنة... الخ.

ب- مستقبلات حسية- كيميائية: وتتمثل في حاستي الشم والذوق.

ج- مستقبلات حسية- كهرومغناطيسية: وتتمثل في حاسة النظر وكذلك الاحساس بالحرارة.

وانتقال المعلومات من العالم الخارجي الى اللحاء الدماغي. يفرض على هذه المعلومات ان تمر عبر شبكة معقدة من الألياف والوصلات العصبية وأثناء مرور هذه المعلومات فان الجهاز العصبي يقوم بتحويرها. وهذا الانتقال يعتبر بمثابة تنقية لهذه المعلومات ومراقبة الاحساس العصبي القادم الى اللحاء. وتتم هذه المراقبة من طريق الوصلات العصبية المعكوسة (Connexions inverses). ومن شأن هذه المراقبة ان تصحح أخطاء المعلومات الواردة (اذا وجدت مثل هذه الاخطاء).

وعندما تصل المعلومات الى اللحاء تجرى لها هنالك عملية ترابط الاشارات (Corrélation des messajes) وذلك على شكل مجموعات من الرموز وهكذا

نستنتج بأن القشرة الدماغية تجري وبشكل دائم عمليات تحليل للمعلومات وتركيب الرموز لها.

وفي النهاية تصل المعلومات (بشكل رموز يمثلها لحساس عصبي وتغيرات كيميائية)[٩] الى المركز الرئيسي (المختص بتحليلها وفهمها) الموجود في الدماغ[١٠] والذي يحولها الى أحاسيس مفهومة.

أما عن الطريقة التي يتوصل جهازنا العصبي من خلالها الى فهم الأشياء فإننا لا نعرف سوى قسماً منها[١١].

وفي النهاية نذكر بأن عملية الفهم لدى الطفل تنمو من خلال تعلمه. فكلما تعلم الطفل زادت قدرته على الفهم والادراك.

أما لدى البالغ فإن عملية الفهم تصبح أكثر تعقيداً فهي تصبح قابلة للتوجيه وللانتقاء.

٢- التعلم:

ان عملية التعلم هي ثاني العوامل المحددة للمعرفة. وهذه العملية تعتمد في أساسها على ثلاثة عوامل رئيسية هي:

أ- الجهاز العصبي المركزي: ومدى تطور هذا الجهاز هو الذي يحدد مدى قابلية التطور ومدى امكانيات التعلم.

---

٩ - يوجد الدماغ البشري في حالة من الاختمار الدماغي المميزة بتوازن كيميائي فائق التعقيد. وتتغير هذه الحالة بتغير الافرازات الدماغية. أما التغيرات المشار لها هنا فهي ناجمة عن تحرك الناقلات العصبية - الكيميائية (Mediateurs Chimiques) التي تفرز كي تنقل المعلومات من الدماغ واليه.

١٠ - هذا التحليل يطرح اشكالية شائكة تتلخص بالسؤال: كيف يعمل الدماغ؟

١١ - تميل غالبية العلماء الى القول باستحالة توصلنا لفهم هذه الطريقة. وبعضهم يطرح المسألة على أن الكومبيوتر لا يستطيع ان يبرمج نفسه بنفسه.

ب- الظروف العائلية والمادية.

ج- المحيط الذي ينشأ فيه الطفل.

د- العمر الذي يتم خلاله التعليم.

ولعله من المفيد أن نستعرض مراحل التعلم. وهذه المراحل هي التالية في راي الطب النفسي[١٢].

١- المرحلة الأولى: الممتدة من سنة الى ثلاث سنوات. وفي هذه المرحلة نلاحظ أن ملكة الفهم تتطور بشكل اجمالي وأولي. وذلك بحيث تنحصر عملية الفهم في نطاق الأشياء البسيطة، الثابتة والمعروضة أمام الطفل بشكل دائم.

٢- المرحلة الثانية: وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث الى ست سنوات. وخلال هذه المرحلة نلاحظ توسعا في عملية الفهم بحيث يبدا الطفل بامتلاك القدرة على ادراك المفارقات المختلفة للمعلومات المستقبلية. وكذلك فان طفل هذه المرحلة يميز بين الأشكال وكذلك بين الألوان. وايضا يجب الانتباه الى ان الطفل يبدأ في هذه المرحلة بادراك هيمنة المجرد (التجريد) وتفوقه.

إلا أن مفاهيم الزمان والفضاء لدى هذا الطفل تبقى مفاهيم غامضة وغير ثابتة الى حد بعيد.

٣- المرحلة الثالثة او المرحلة المدرسية: الممتدة من سن ٦ سنوات الى عشر سنوات. وهذه المرحلة تحمل معها تطوراً ذهنياً ملحوظاً تتجلى أولى مظاهره بدقة الملاحظة. حيث نلاحظ كثرة الأسئلة والتساؤلات لدى الأطفال في هذه

---

١٢ - هذه المراحل مبنية على اساس مراقبة النمو العضوي النفسي للطفل. حيث وضع الطب النفسي جداول تحدد علائم هذا النمو في كل مرحلة عمرية. للتعمق انظر: محمد احمد النابلسي: ذكاء الرضيع، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

المرحلة. كما يلاحظ لدى أولاد هذه المرحلة اتساع دائرة الاحساسات. هذا الاتساع الذي يتوج بهيمنة حاسة البصر على بقية الحواس.

٤- المرحلة الرابعة أو مرحلة البلوغ: وتشهد هذه المرحلة تنامياً ملحوظاً في مختلف القدرات الحسية وخاصة البصرية منها. وأثناء هذه المرحلة تصبح عمليات الفهم متسمة بالحيوية وبالمعايشة الوجدانية القوية.

كما أن مرحلة البلوغ سمة مميزة ففيها يعيش الولد مركزاً على حاضره ومهتماً به، وذلك دون التفكير في الماضي أو في المستقبل.

٥- مرحلة المراهقة: وتشهد هذه المرحلة تنامي الولد وبداية نضجه. وبالطبع فان ملكات الفهم والقدرة على التعلم تواكبان هذا التطور الذي يبلغ مداه في نهاية هذه المرحلة وذلك بحيث يتركز نمو ملكات الفهم في الاتجاهات والميادين التي يختارها المراهق. أي التي تلائم مزاجه.

ولكن ملكات الفهم تبدأ بالتناقص تدريجياً مع تقدم الإنسان بالسن ومع اقترابه من سن اليأس (بالنسبة للمرأة) ومن القمة الرجولية (Climax viril) بالنسبة للرجل. وهذا الانخفاض في ملكات الفهم، بسبب السن، يتبدى من خلال انخفاض القدرة على تحليل المعلومات الواردة. وفي أقصى حالاته فإن هذا الانخفاض يصل الى حد الخرف.

٣- اضطرابات الفهم:

في الواقع أن هنالك بواعث عديدة لاضطرابات الفهم. ومن الملاحظات التي سجلها العماء أن الحرمان الحسي المتمثل بعدم استعمال الحواس (كما في غسيل الدماغ) أو الإمتناع عن استقبال المعلومات لمدة معينة (العمى أو الصمم الهيستيري... الخ) من شأنه أن يؤدي في النهاية الى اضطراب ملكات الفهم.

وانطلاقا من هذا المبدأ تنشأ اضطرابات الفهم لدى رجال الفضاء بعد عزلهم في غرف منفردة معدة للتمرين على انعدام الجاذبية أو لدى البحارين الذين يقومون منفردين برحلات بحرية طويلة الأمد. وأخيراً فإن الحرمان الحسي هو الأساس الذي تعتمد عليه عمليات غسل الدماغ وأيا كان سبب اضطراب الفهم فإن لهذا الاضطراب أنواعاً عديدية هي:

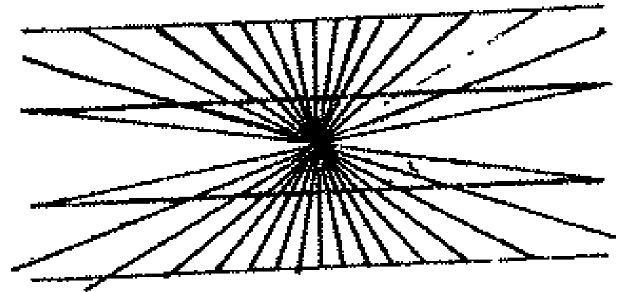
أ- التهييج الحسي (Hyperesthésie): ونعني به الحساسية المبالغة، وتهييج الحواس المستقبلة للاثارة. وهذا التهييج ممكن أن يعم عدداً من أدوات الحس أو أن يقتصر على أداة واحدة منها (الجلد عادة). وحالات التهييج الحسي ممكن ان تنشأ نتيجة لتعاطي المهيجات (قهوة، امفيتامين، قات، كوكايين،... الخ) او نتيجة لوجود أمراض نفسية معينة مثل النوراستانيا، عصاب القلق... الخ).

ب- الهمود الحسي (Hyposthésie) ونعني به انخفاض الحساسية المؤدية الى تباطؤ ملكات الفهم. وذلك نتيجة لهبوط قدرة أدوات الحس على استقبال المعلومات. وهذا الانخفاض في الحساسية يمكن أن يعود في اسبابه الى حالات نفسية مرضية مثل الانهيار، الارهاق النفسي، الاستنفاذ الجسدي او السهر.. الخ، كما يمكن أن ينجم انخفاض الحساسية عن اسباب غذائية (تسمم، سوء تغذية... الخ).

ج- انعدام الاحساس (Amésthésie): ونعني بها حالة انقطاع أدوات الحس عن استقبال المثيرات الواردة اليها والمعروضة امامها. وهذا الانقطاع ممكن أن ينجم عن الأمراض العصبية أو عن الأمراض النفسية مثل العصاب الهيستيري (عمى، شلل... الخ) كما أن هذا الانعدام ممكن أن ينجم أخيرا عن بعض الامراض العقلية مثل بعض حالات التخلف العقلي او الاختلال العقلي.

هذا ويعتبر العالم يوجين مينوكوفسكي E. Minkowiski [١٢] بأن هنالك نوعاً خاصاً من حالات انعدام الحس، وهي حالة انعدام الحس النفسية المتجلية بشلل التفاعل الوجداني والمزاج، وذلك بحيث يعجز المريض عن انتقاء الاجابة الملائمة لما يعرض عليه من أسئلة (بسبب العجز عن استقبال السؤال وبالتالي فهمه). ويعتبر هذا العالم بأن الشلل النفسي للفهم ممكن أن يحدث في حالات نفسية متنوعة مثل الألم المعنوي، الشعور بالذنب، الانهيار، الكآبة،... الخ.

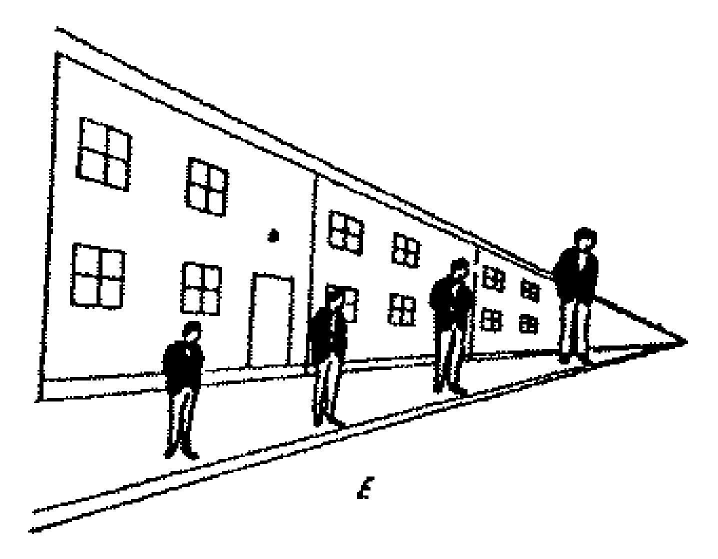
د- الأوهام (Illusions) والوهم هو الفهم المشوه للاشياء، بحيث تفهم الاشياء على غير حقيقتها. ومثل هذا التشويه ممكن ان ينشأ عن أسباب عديدة متنوعة مثل التعب الجسدي او الفكري أو نتيجة الاصابة بمرض نفسي. وتشويه الفهم يأتي ليعكس اضطرابات الدماغ أو ليعكس الايحاءات المرضية التي تشجعها حالة الاضطراب النفسي. ولعل افضل مثال نعطيه على الأوهام هو ذلك المتمثل في الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بوهم Hering حيث تبدو لنا الخطوط الأفقية وكأنها مقوسة، مع أنها أفقية تماماً، ووهم التقويس هذا انما ينشأ عن الخطوط الموجودة في مركز الصورة.

لدى مراجعتنا للصورة فاننا سوف نلاحظ ونتأكد بأن الخطين الوسطيين هما أفقيان تماماً ودون أي انحناء فيهما.

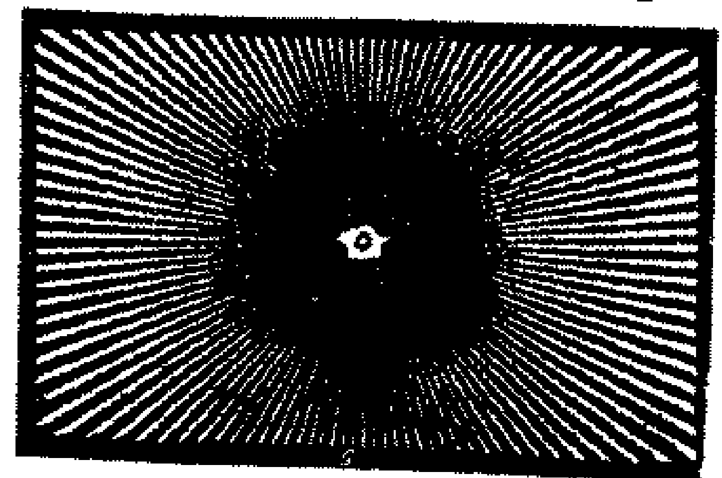
- ١٢ Minkowski. E: Traité de psychopathologie P.u.f- Paris. ١٩٦٦.



في هذه الصورة نرى اربعة اشخاص لهم نفس الطول والحجم. ومن الواضح أن احترام الرسام لتضيق المبنى في نهاية الشارع يجعل هولاء الأشخاص يبدون أكبر حجماً من اليسار الى اليمين.

ويمكننا تقسيم اضطرابات الفهم الواهمة الى:

أ- الأوهام ما حول المنطقية: او الـ(pareidole) كما يسميها العالم جاسبرز (Jaspers). وينتشر هذا النوع من الأوهام لدى الاطفال والأولاد. وكثيرا ما يكون الباعث عليها تحديق الطفل برسوم معقدة مثل السجادة مثلا أو في الألعاب الدقيقة. ولنأخذ مثالاً على ذلك الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بصورة اشعاعات (Mac-Kay) وهذه الصورة تبرق بشكل غريب اذا ما حدقنا فيها بضعة ثوان. واذا ما حدث وأن نظرنا بعد ذلك الى حائط عار فإننا سنلاحظ وكأن على الحائط آلافا من حبات الأرز المتساقطة بشكل عمودي (على اشعاعات الصورة). وهذا الوهم البصري يعود الى اضطرابات في بعض الآليات العقلية أو الى تهييج المستقبلات العصبية في قزحية العين. وربما تدخلت اسباب عصبية أخرى لتؤدي الى هذا الوهم. ومن تجربتنا الخاصة فإن من شأن هذه الصورة أن تشجع ظهور النوبة الصرعية لدى بعض مرضى الصرع.

كما يمكن أن تنشأ هذه الأوهام نتيجة الإصابة بالالتهابات، التسمم، رضوض الجمجمة، الصرع، الخبل، أو الذهان الحلمي... الخ.

ب- أوهام التحوير النفسي (Métamorphopsy) وهذه الأوهام هي عبارة عن اضطراب فهم الاشياء في الفضاء. بحيث يمكن ان يرى المريض الأشياء أكبر من حجمها الحقيقي (Macropsy) أو أصغر منه (Micropsy) او من الممكن أن يراها أقرب أو أبعد، أطول أو اقصر عما هي في حقيقتها. كما يمكن لأوهام التحوير ان تشوه الصورة ككل.

وهذه الأوهام ممكن ان تنشأ نتيجة للاضطرابات البصرية، قناة الأذن أو دهليزها، التسمم رضوض الجمجمة، إدمان المخدرات المسببة للهلوسة، الصرع وأخيرا ذهانات الشيخوخة.

ج- التعرف الخاطئ على الأشياء: وتتجلى هذه الأوهام عن طريق ايمان المريض مثلا بأنه يعرف شخصا، تعرف اليه حديثاً للمرة الاولى، منذ فترة طويلة. بل واحياناً يهيأ للمريض بأن هذا الشخص ما هو الا صديقه او قريبه الفلاني.

ومثل هذه الأوهام تكثر لدى المصابين بالهوس، الخبل، تناذر كورساكوف (Korsakov)[١٤] أو في الاختلال العقلي الناجم عن التقدم في السن.

د- أوهام المزاوجة: كما يسميها العالم (Capgras) وتتظاهر هذه الاوهام بأن يخلط المريض بين انسان وآخر يشبهه، ولو قليلاً، ويتصرف معه على غرار تصرفه مع الآخر (الغائب). والحقيقة أن أوهام المزاوجة تحصل غالباً لدى مرضى الفصام، البارانويا (العُظام)، أو الفصام الهذياني (Paraphrénie).

هـ- الأوهام الناجمة عن تناذر العَمَـه[١٥] - العمـه الحركـي - الكرسـي (Syndrome Agnose - Apraxo - Aphasique) وهذا التناذر كمـا يُستشفُ من اسمه يجمع ثلاثة أنواع من مسببات اضطراب الفهم. ومن الممكن أن تقتصر الأوهام على واحد أو أكثر من هذه المسببات ولذلك فقد رأينا أن نعرضها كـلا على حدة:

الـ عَمَه وهو فقدان قدرة الشـخص على فهم المنبهات الحسية التي تنقلها لـه حواسه فهو يرى الأشياء على غير حقيقتها. والعَمَه بدوره ينقسم الى عدة أقسام:

* عدم قدرة الشخص على القراءة (Alexie).

** يستطيع التعرف على الشيء ويصفه بشكل جيد ولكنه لا يعلم لماذا يُستعمل هذا الشيئ وينسى طريقة استعماله (Astéréognosie).

---

١٤ - تناذر كورساكوف (Syndrome Korsakov): هو تناذر خبلي يظهر عقب الكحال المزمن، وفيه يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخاطئ الى الاشياء والتهاب نهايات الاعصاب- للتعمق انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فقرة الاضطرابات المصاحبة للتسمم الكحولي.

١٥- العمه (Agnosie): هو فقدان القدرة على فهم المنبهات الحسية. اما العمه الحركي (Apraxie) فهو فقدان القدرة على القيام بالحركات المتناسقة مثل لبس الثياب او الأكل والتسريح... الخ من المهام الحركية البسيطة التي تقتضي تناسق عدة حركات وتسلسلها.

*** يفقد الشخص القدرة على تحديد مكان أعضائه. فلا يستطيع مثلاً أن يدلنا على أنفه. (Autotopoagnosie) أو تناذر بيك[١٦] (Pick).

٢- العَمَه الحركي: ويتجلى بعدم القدرة على استعمال الاشياء أو عدم القدرة على الكتابة مثلاً (Apraxie).

٣- اضطراب النطق (الخرس): وهو عبارة عن عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسمائها. واضطرابات النطق تقسم بدورها الى عدة أنواع:

* عدم القدرة على فهم الكلام والكتابة (Aphasie Récéptive).

** يتكلم كثيراً ولكن كلمات غير مفهومة (Jargono - Aphasie).

*** يستخدم من وقت لآخر كلمات غير مفهومة (Paraphasie).

وفي نهاية حديثنا عن هذه الاضطرابات العصبية لا بد لنا من ذكر حالة الأطفال الذين يعانون صعوبات في النطق مصحوبة بمظاهر شلل ذات منشأ دماغي وتُسمّى هذه الحالة بالـ (Aphasoïde).

٣- التصور

يعتبر التصور بمثابة حالة ذاتية للوعي. ويتجسد التصور على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو للأحداث التي شهدها الشخص سابقاً والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي.

١٦- تناذر بيك (Syndrome Pick): يبدأ لدى النساء خاصة بين ٥٠ و٦٥ سنة ويتطور ببطء. ولدى استقراره تظهر أعراض العته - للتعمق انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فقرة الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

على أن بعض العلماء ومن بينهم جانيش (Jaensch) يعرفون التصور على أنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص. والمتمثلة بقدرة هؤلاء الأشخاص على معاودة رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رأوها سابقاً.

وفي الحالات الطبيعية نلاحظ دائماً وجود علاقات تصورية - مزاجية (وجدانية) وعلاقات تنقيب - خيال وذلك تبعاً لأنماط الحياة العملياتية. فمن الملاحظ بأن التصور يكون متطوراً وحاداً لدى الفنانين. إذ ان بعضهم يرى أو يسمع عمله قبل أن يخلقه. هذا مع التأكيد بعدم وجود أية علاقة مؤكدة وموضوعية تفسر التصور وتربطه بالواقع العلمي أو العملي. ولعل أوضح هذه العلاقات هي ما أثبته العالم أ. ر. جون بأن التصور إنما يعود لسيطرة العوامل الداخلية[١٧] على الوعي.

وإذا كنا في مجال الحديث عن التصور فلا بد لنا من ذكر ما يسمى بالذاكرة التصويرية (mémoire Eidetic) وهي كناية عن القدرة على استحضار الصور وتخيل تفاصيلها. أما التصور التصويري (Eidetisme) فهو القدرة على استحضار الصور وإضفاء بعض التفاصيل (غير الموجودة أصلاً في الصور) عليها. ويعرف العالم (Jaensch) هذا التصور على أنه تصور متطور وحاد بحيث يعيشه الشخص وكأنه الواقع الراهن. أما العالم مورغ (Mourgue) فيعتبر التصور التصويري، بمثابة اضطراب، من نوع خاص، يطال إحساس الشخص ويتميز بالهلوسات المتجاورة (Hallucinations - Limitrophes). على أن الذاكرة والتصور التصويري يكونان متطورين لدى الأولاد لغاية بلوغهم سن الثانية عشرة. وبعد هذه

١٧- أثبت العالم أ. ر. جون E.R. Jhon بأن سيطرة العوامل الداخلية (ذكريات مدونة مخزنة في الذاكرة) تجعل الشخص يعيش هذه الذكريات. بحيث يعجز الشخص عن تحليل واقعه بشكل منطقي. وكان هذا العالم قد أجرى تجاربه على القطط وخلص الى نظرية عمل الدماغ وفق الأسس الاحصائية. محققاً بذلك تقدماً هائلاً في معرفتنا لكيفية عمل الدماغ البشري. للتعمق في هذا الموضوع انظر مقالة كيف يعمل الدماغ في مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠.

السن نلاحظ بأن الذاكرة التصويرية تبدأ بالذبول. أما التصور التصويري فاننا نلاحظ بأن نمو القدرة المنطقية لدى الأولاد في هذه السن يؤدي الى الحد من هذا التصور والى عقلنته.

إلا أن الذاكرة والتصور التصويريين قد يستمران مدى الحياة لدى الناس الذين يكثرون من الاعتماد على خيالهم كالفنانين مثلاً. فاستحضار الصور هو أمر طبيعي وغير مرضي لدى الرسامين مثلا. وكذلك فقد لاحظنا أن الذاكرة التصويرية قابلة للنمو من جديد بعد ذبولها. فأثناء دراستنا لبعض الشباب المحاربين، في الحرب اللبنانية[١٨] لاحظنا بأن هؤلاء يستحضرون وبدقة (ذاكرة تصويرية) صور رفاقهم في السلاح وتفاصيل المعارك. كما كان هؤلاء أحياناً يتصورون (تصور تصويري) بأنهم يرون القائد او يسمعون صوته أو... الخ. والحقيقة أن نمو هذه الذاكرة (التصويرية) وظهور التصورات المرضية هما النتيجة الطبيعية للتهييج الحسي الفائق (أصوات، صور قتلى، مشاهد دمار... الخ) وغير العادي وكذلك نتيجة المشاركة العاطفية الحادة (درجات قصوى من الخوف، التعامل مع الموت، الاشفاق على القتلى... الخ). وهنا لا بد لنا من التذكير بأن هذه التصورات الـ(Eidetism) تختلف تمام الاختلاف عن المظاهر الذهانية[١٩]. وبالتالي فانه من الخطأ اعتبارها كذلك والتعجيل في وضع تشخيص الفصام لهؤلاء الشباب.

أما في حال كون التصورات التصويرية غير مترافقة بالتهييج الحسي فمن الممكن أن تعكس الفصام، الخبل، الذهان المبكر او الصرع أو الخوف البالغ من

١٨- الأمراض النفسية وعلاجها – مرجع سابق الذكر.

١٩- الغي الدليل الأميركي للاضطرابات العقلية بند الذهانات العابرة. وفي رأينا الشخصي أن الحالات المذكورة أعلاه تشكل مثالاً راسخاً للاضطرابات الذهانية العابرة. فصحيح أن منشأ الأوهام في هذه الحالة هو التهييج الحسي وليس الذهان. لكن المريض يبقى عاجزاً عن التحكم في هذه الأوهام في كلتا الحالتين.

الموت. وهكذا نرى بأن التصورات، التي ما هي إلا انعكاس لأشياء محسوسة سابقاً ومتميزة بالاستمرار والديمومة، ممكن أن تصبح مرضية. وذلك حين تصل هذه التصورات الى مرحلة يفقد معها الشخص قدرته على نقد محتواها. أو يرفض الاعتراف بامكانية عدم وجود التفاصيل المتخيلة. وفي مثل هذه الحالات تصبح هذه التصورات مرضيـة، كما قلنا، وعندها يطلق عليها اسم الهلوسات (Hallucinations).

ويجمع المشتغلون بالطب النفسي على اعتبار هذه الهلوسات بمنزلة الهذيان. وهي بالتالي تدخل في نطاق اضطرابات الفهم الى جانب كونها اضطرابات تصور.

ويختلف العلماء في تقسيم الهلوسات لذا رأينا أن نعتمد التقسيم التالي:

١- الهلوسات الحقيقية

وتقسم بدورها إلى:

أ- هلوسات متعددة الاحساسات (سمعية، شمية، بصرية، لمسية وذوقية).

ب- هلوسات متعلقة بالاحساس الذاتي للجسد: وتسمى أيضاً بهلوسات الأحشاء (وتتعلق بالاحساس العام بالجسد، أو بالاحساس النباتي أي بالأعضاء التي يتركزها الجهاز العصبي النباتي بما فيها الحساسية الجنسية – التناسلية).

ج- الهلوسات المتعلقة بالأحاسيس العميقة بالحركة.

٢- الهلوسات الناجمة عن اضطراب الفهم والتلقي.

ويختلف العلماء في تسمية هذه الهلوسات فيسميها بيلارجير (Baillarger) بالهلوسات النفسية – الحركية. أما بيتي (Petit) فيسميها بالتصورات الذاتية غير المفهومة. كما يسميها العالمان كاندينسكي (Kandinski) وكليرامبو (Clerambault) بأشباه الهلوسات (Pseudo - Hallucinations). وهذا النوع

من الهلوسات يختلف عن الهلوسات الحقيقية من حيث أنه يعكس اضطراباً نفسياً داخلياً وليس خارجياً (متميزاً باضطراب قدرة الحواس على الفهم والتلقي) فالمريض يرى ويسمع هذه الهلوسات ولكن بأذن وبعين عقله. وغالباً ما تحدث هذه الهلوسات كردة فعل (تشبه الصدى) أمام تركيز التفكير على موضوع أو حادثة معينة.

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

إن توجيه وتكامل السلوك يعتمد على ثلاث وظائف هي: أ) الانتباه، ب) الذاكرة، ج) الخيال. ومن الطبيعي القول بأن تغير واحدة أو أكثر من هذه الوظائف من شأنه أن يحدث تغيراً في سلوك الشخص وكأنه انسان آخر غير الذي نعرفه. ولنناقش كل وظيفة من هذه الوظائف على حدة ونبدأ بـ:

أ- الانتباه:

إن الانتباه هو عبارة عن وظيفة نفسية تركيبية تتجلى من خلال تنشيط، وتقوية، وتحريك، وتوجيه إنتقائي وتركيز بؤروي العلاقات النفسية السلوكية. وذلك بهدف الوصول الى فهم يمتاز بأقصى حدود التكامل والسهولة. وكذلك الى القدرة على التدخل الفعال الهادف الى التعديل الذاتي للنشاطات ويقسم العلماء الانتباه الى ثلاثة أقسام هي:

١- الانتباه التلقائي أو اللاإرادي.

٢- الانتباه الإرادي.

٣- الانتباه ما بعد الإرادي.

أما اضطرابات الانتباه (Dysprosexies) فهي يمكن أن تطال الانتباه الإرادي أو اللاارادي وهي تقسم الى:

١- ارتفاع القدرة على الانتباه (Hyperprosexie).

٢- إنخفاض القدرة على الانتباه (Hypoprosexie).

٣- انعدام الانتباه (Aprosexie).

ب- الذاكرة:

الذاكرة هي مجموعة النشاطات التذكرية المؤدية الى الحفظ والتذكر، وذلك من خلال القدرة على التعرف أو على إحداث التجارب السابقة للشخص.

واضطرابات الذاكرة تقسم الى أنواع عدة هي التالية:

١- زيادة القدرة التذكرية (Hypermnésie).

٢- نقص القدرة التذكرية (Hypomnésie).

٣- فقدان الذاكرة (Amnésie) الجزئي او الكلي ويقسم الى:

أ- فقدان الذاكرة الرجعي Ammésie Retrograde.

ب- فقدان الذاكرة التقدمي (القدرة على الحفظ) Ammésie Anterograde.

٤- التباسات الذاكرة وتقسم الى:

أ- التعرف الواهم على الأشياء المجهولة.

ب- عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة.

ج- الذاكرة الموسوعية الشاملة. (تذكر عدة أشياء دفعة واحدة).

د- التهيؤات التذكرية وتختلف عن الكذب من حيث ان الشخص يعتقد فعلاً بحدوثها.

هـ- إعادة إحياء الماضي (Ecmnésie).

و- إختفاء الذكريات (Criptomnésie) (بحيث ينسى المريض اسم مخترع آلة ما يعتقد بأنه هو الذي اكتشفها).

ج- الخيال:

إن الخيال هو عبارة عن خلق مخططات ومشاريع عملانية مختلفة عن الواقع العملي الذي يعيشه الشخص. فالخيال هو إذاً عبارة عن عملية إعادة ترتيب لعناصر الواقع تجري خلالها عمليات تبادل لأدوار بين المُعنى والمَعني.

واضطرابات الخيال على أنواع نستطيع تلخيصها بـ:

١- انخفاض القدرة على التخيل: وتنشأ عادة عن اضطراب التفكير وهي قد تكون دائمة كما في حالات التخلف العقلي، العته وحالات الخبل... الخ. كما يمكن أن يكون هذا الانخفاض عابراً كما في حالات الانهيار وبعض حالات الصرع... الخ.

٢- تنامي الخيال: ويمكن أن يحصل هذا التنامي بشكل تدريجي ليؤدي في النهاية الى تشويه الواقع. وسيطرة الخيال هذه ممكن أن تكون دائمة ومصاحبة للتطورات الهذيانية في حالات مثل الفصام العُظامي، الاهتياج... الخ. كما يمكن ان تكون هذه السيطرة عابرة وهي تكون طبيعية لدى الفنانين وأصحاب المهن المعتمدة على الخيال.

٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك

لكل نمطٍ من أنماط السلوك آلياته المتحكمة به. وسواء أكانت هذه الآليات نابعة من العقد الجنسية أو من الصدمات العاطفية أو غيرها فهي في النهاية خاضعة لتأثير أربع عمليات ذهنية هي: أ) التفكير، ب) اللغة، ج) الذكاء، ود) الإرادة ونبدأ بـ:

أ- التفكير:

إن التفكير هو أرقى العمليات الذهنية والوظائف النفسية على الاطلاق، فمن خلال التفكير تتم عمليات تكامل وإعادة صياغة المعلومات التي تتيح لنا معرفة

الحقائق الخارجية والداخلية. والتفكير هو الذي يتيح لنا قدرة الانتقال من درجة معرفية معينة الى أخرى أرقى منها. وهو الذي يتيح لنا الانتقال من الظاهري الى الأساسي.

مما تقدم نستنتج بأن هذه العملية الذهنية المسماة بالتفكير تعتمد في أساسها على مجموعة القدرات الذهنية للعقل من انتباه وذاكرة ومزاج وتفاعل... الخ.

أما اضطرابات التفكير فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

١- اضطراب مجرى التفكير ويمكن أن يكون:

أ- تسارع أو تباطؤ التفكير (اضطراب سرعة التفكير).

ب- اضطراب مجرى التفكير وتأثيره.

٢- اضطراب محتوى التفكير ويمكن أن تكون:

أ- اضطراب كمي (مثل فقر التفكير).

ب- اضطراب نوعي للفكر (عدم الترابط، الأفكار المرضية، الترابط غير المنطقي، الربط الآلي - السطحي للأفكار، الترابط الموجه (مثل حالة التنويم المغناطيسي)، اجترار الأفكار... الخ).

ج- عدم التفكير.

٣- اضطراب التفكير باجماله ويقسم الى:

أ- اضطراب في تقييم ومنطقية الأفكار (الأفكار المسيطرة على الوعي، الوساوس القهرية، الأفكار الهذيانية... الخ).

ب- اضطراب عملانية التفكير. ويقسم الى عابر وقابل الشفاء ودائم كما في حالات توقف النمو الفكري أو في حالات العته.

ب- اللغة:

يميل بعض الباحثين الى تقريب العلاقة بين اللغة والتفكير لدرجة الخلط بينهما ومطابقتهما مطابقة تامة. ولكننا نعارض هذه المطابقة انطلاقا من المسلمة القائلة بأن الفكرة تكون دائماً أكثر ديناميةً من معناها اللغوي. وعلى هذا الأساس بنى العالم جاك لاكان نظريته الشهيرة.

وإذا أردنا أن نعرف اللغة أمكننا ذلك على النحو التالي: "إن اللغة هي إحدى أعقد الوظائف النفسية الخاصة بالانسان. والتركيب اللغوي (ترتيب الكلمات) يهدف الى نقل الأفكار للغير بعد أن قام الفكر بإعادة صياغتها".

من خلال هذا التعريف نلاحظ الرابطة الوثيقة بين التفكير واللغة. ولكن وثوق هذه الرابطة يجب ألاّ يدفعنا للخلط بينهما. فكم من اضطراب ينال التفكير دون أن يؤثر في القدرة اللغوية للشخص والعكس صحيح.

ونحن لو أردنا القيام بتحليل اللغة لوجدنا أنها تعتمد على:

أ- الاشارة (Signe): وهي عبارة عن مجموعة من الاصطلاحات اللفظية أو الكتابية التي يرمز اليها بالكلمات.

ب- المعجم (Lexique): وهو كناية عن مجموعة الكلمات التي تحويها لغة ما.

ج- الدلالة (Semantique): وهي كناية عن علاقة تقيمها اللغة بين المعني (الشيء) والمُعنى به (الكلمة). على أن قصور الدلالة اللغوية في كافة اللغات هو منبع عجز الكلمات عن التعبير عن الأشياء. وهذا ما يدركه الأدباء والمحللون النفسانيون بشكل رئيسي.

د- القواعد والنحو (Syntaxe): وهو عبارة عن مجموعة العلائق التي تحدد مواقع الكلمات وطرائق لفظها وأيضاً طرائق تركيب الجمل.

إذا أردنا تحديد اضطرابات اللغة فانها تأتي على النحو التالي:

١- اضطرابات الكلام وتقسم الى:

أ- اضطرابات شكلية وتقسم بدورها الى:

١- اضطرابات كمية (الثرثرة، كثرة الكلام، قلة الكلام، الخرس أو العجز عن الكلام وأخيراً الخرس او السكوت الارادي كما في حالات الاحتجاج، الانهيار والجمود النفسي - الحركي).

٢- اضطرابات تواتر الكلام (سرعة الكلام، بطوء وعدم انتظام سرعة الكلام).

٣- نبرات الكلام: ويمكن ان تكون عالية أو خفيفة، مزاجية أو متكلفة... الخ.

ب- اضطرابات صوتية وتقسم الى:

١- اضطراب ترابط الكلمات وممكن أن تطال الكلمات، الجمل، اللغة وكذلك الدلالات اللغوية كما في حالة الفصام عندما يلفظ المريض كلمات يقصد من خلالها التعبير عن دلالات غير دلالاتها الأساسية.

٢- اضطرابات اللفظ ويقصد بها التأتأة على أنواعها وعدم القدرة على لفظ حروف معينة أو صعوبة هذا اللفظ.

٢- اضطرابات الكتابة وتقسم الى:

أ- اضطراب النشاط الكتابي (سرعة تحول الكتابة الى خربشة أو بطء مبالغ يعكس الخواء الفكري).

ب- اضطراب هيئة الكتابة (استعمال الحروف الصغيرة أو الكبيرة أو الاثنين معاً في كلمة واحدة).

ج- اضطراب تبويب الكتابة (موقع الكتابة في الصفحة الذي يمكن أن يكون غير مرتب أو غير مألوف).

د- الأخطاء الاملائية والقواعدية.

٣- فقدان القدرة على الكتابة وقد سبق عرضها.

ج- الذكاء:

الذكاء هو ملكة المعرفة والفهم. وهذا التعريف ليس الوحيد الذي يعرف الذكاء. بل إن هذه التعريفات عديدة ولكن أياً منها لم ينجح في تعريف الذكاء تعريفاً وافياً. ومن هذا القصور في فهم وتعريف الذكاء ينبع قصور قياسات الذكاء على أنواعها. ذلك أن هذه القياسات لا تعطينا دائماً نتائج متطابقة مع الواقع. ومن مظاهر عدم المطابقة هذه نذكر بأن هذه القياسات لا تستطيع أن تفسر لنا الفروق الاكاديمية بين الطلاب. بمعنى أن الطالب الحاصل على نسبة ذكاء أعلى لا يكون بالضرورة متفوقاً دراسياً على بقية زملائه. والعكس صحيح.

وعلى أية حال فإن قياسات الذكاء تحاول قياس العمر العقلي للمفحوص وتقارن هذا العمر بعمره الزمني بحيث يكون حاصل الذكاء مساويا لـ $\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$ فإذا كان نمو الذكاء طبيعياً، بمعنى أن العمر العقلي يساوي العمر الزمني، فإن حاصل الذكاء يكون مساوياً لـ١٠٠.

أما عن اضطرابات الذكاء المرضية فيتم تصنيفها على النحو التالي:

١- إذا كان حاصل الذكاء تحت الـ٧٠ فإن هذا يعكس تأخر النمو العقلي، ونسبة هؤلاء ٣٪.

٢- اذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ٧٠ - ٧٩ فهو يعكس تدني الذكاء ونسبة هؤلاء ٦٪.

٣- اذا كان حاصل الذكاء مراوحا بين ٨٠ ٨٩ فهو يعكس ذكاء دون الوسط ونسبة هؤلاء ١٥٪

٤- اذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ٩٠ - ١٠٩ فهو يعكس ذكاءً متوسطاً ونسبة هؤلاء ٤٦٪.

٥- اذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ١١٠ - ١١٩ فهو يعكس ذكاءً فوق المتوسط ونسبة هؤلاء ١٨٪.

٦- اذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ١٢٠- ١٣٩ فهو يعكس ذكاءً متفوقاً ونسبة هؤلاء ١١٪.

٧- اذا كان حاصل الذكاء فوق الـ١٤٠ فهو يعكس الذكاء الممتاز ونسبة هؤلاء ١٪.

د- الإرادة:

الإرادة هي الوظيفة النفسية التي يتم من خلالها إحداث وتحقيق المقاصد.

ويتم ذلك من خلال التنظيم الفاعل للنشاطات والبنيات التقريرية (Décissives).

والعالم مودسلي (Maudsly) يعتبر أن الإرادة هي أقوى وأسمى قوة آمرة استطاعت الطبيعة أن تنتجها لغاية الآن.

وأخيراً فان الطب النفسي يقسم الإرادة الى قسمين كبيرين هما:

١) الارادة الوازعة و ٢) الإرادة المُحركة او الدافعة. والحقيقة أن ممارسة أي فعل إرادي تقتضي ممارسة النوعين معاً.

أما بالنسبة لاضطرابات الإرادة فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

أ- تضخم الارادة ويمكن أن تكون مرضية (الذهان على أنواعه) أو طبيعية وفي هذه الحالة تتركز قوة الارادة في ناحية معينة.

ب- ضعف الارادة ويمكن أن تكون عامة (في حالات العصاب، التخلف العقلي والاهتياج حيث ينبع ضعف الارادة من عدم القدرة على التركيز) أو انتقائية كما في حالات الرهاب (المخاوف) والوساوس.

ج- انعدام الارادة وغيابها: وهي اضطراب خطير للارادة. ومثل هذا الاضطراب نصادفه في حالات الانهيار العصبي الذهني، الفصام، التخلف العقلي الحاد وحالات العته المتقدمة.

د- التباسات الارادة: وتتجلى بضعف الارادة التي يمكن أن تنجم عن ثنائية العواطف أو عن الفصام أو عن أي اضطراب بضعف الارادة من طريق تشغيل العواطف المتضاربة بشكل يشلّ الإرادة.

الفصل الرابع

أساليب الفحص النفسي

١- صفات الفاحص

٢- طريقة الدنو من المفحوص.

٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.

٤- مبادئ الفحص النفسي.

٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي.

إن ما نقصده بالفحص النفسي هو مجموعة الخطوات التقنية المؤدية الى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن. من هنا فإن الفحص النفسي في رأينا هو مجموعة الخطوات التي تستطيع ان تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونعني بها:

١- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.

٢- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.

٣- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.

٤- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.

٥- مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

والفحص النفسي اذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وهكذا فإننا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملاً بقية أبعادها. ومن هنا كان تأكيدنا على شرح أنماط الشخصية والعوامل المكونة لها.

والتعرف على شخصية انسان ما هي عملية جد معقدة تمر بمراحل عديدة ربما كانت أولها، المتمثلة باللقاء الأول، هي الأكثر تأثيراً وصعوبة في آن معاً. فالفاحص النفسي، الذي يريد تحديد معالم شخصية المفحوص، مجبر على اتباع أساليب معينة وخطوات مدروسة لكي يستطيع في النهاية الوصول الى هدفه.

والحقيقة أن الحوار أثناء الفحص النفسي هو فن وابداع وممارسة أكثر منه مبادئ جامدة ودراسة محددة الجوانب. فهذا الحوار هو الذي سيساعدنا على تبين المتغيرات الخمسة المذكورة أعلاه. وهو بالتالي الذي سيقود خطواتنا لوضع التشخيص ولكن ايضا لتقرير أساليب ووسائل العلاج.

لهذه الأسباب وللأهمية القصوى التي يمتاز بها الفحص النفسي نلاحظ أن الفاحصين النفسيين يعملون دوما ويبذلون أقصى جهدهم للتعمق في فن الفحص النفسي وتنمية مواهبهم في هذا المجال. وذلك بحيث يصعب على المراقب أن يترجم تطور هذا الفن من طريق الكلمات. الا أننا في شرحنا لحيثيات وتقنيات هذا الفن سنحاول أن نستخلص أصوله ومبادئه العامة التي لا تعطي كبير نفع ما لم تصقل وتعدل بالتجربة بحيث تتحول الى فن حقيقي يؤديه كل فاحص بطريقته وأسلوبه الخاصين. والمبادئ العامة التي سنعرضها في هذا المجال هي مبادئ مستخلصة من تجارب كبار الباحثين في هذا المجال.

ونبدأ باستعراض آراء العالمين[1] شترن Stern وروبنس Robbins: "أن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص".

ونلاحظ من خلال هذا الرأي أهمية اكتساب الفاحص لبعض الصفات التي تمكنه من القيام بدوره. ومن طرفنا فاننا سنحاول شرح الشروط الواجب توافرها في الفاحص من خلال نقاط ثلاث هي:

١- الصفات الواجب توافرها في شخص الفاحص.

٢- طريقة الدنو من المريض أو المفحوص.

٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.

١- Robbins. E- Stern. M: Assessment of psychiatric Emergencies - New- York. ١٩٧٩.

١- صفات الفاحص :

إن التوصل الى حوار مثمر مع المفحوص يفرض على الفاحص التقيد بمواقف معينة من شأنها أن تشجع المفحوص على الإفضاء بما يعتمل في نفسه من أحاسيس (بغض النظر عما اذا كانت هذه الأحاسيس سلبية أو إيجابية). وفي سبيل ذلك على الفاحص أن يعتمد موقفين قد يبدوان وكأنهما متعارضان ولكنهما في الواقع منسجمان تمام الانسجام.

الموقف الأول: على الفاحص أن يتخذ موقف المتفهم، المتعاطف والإنساني. مما يتيح له التقرب من المفحوص وهذا الموقف يقتضي من الفاحص أن يكون صاحب حضور حار، مليئا بالهدوء، حسن النية وقادراً على تقديم العزاء بعد التفهم.

الموقف الثاني: وهو استمرار للموقف الأول ولا يتعارض معه كما قد يبدو لنا للوهلة الأولى. ويتجلى هذا الموقف، الذي يلي توصل الفاحص للحصول على ثقة المفحوص بالايجابية. فبعد التعاطف، الذي اظهره الموقف الأول، يأتي دور الحزم واستعمال القدرة على الإقناع الهادفين أساساً الى احداث تأثيرات إيجابية في تصرفات المفحوص. وفي محاولته للاقناع على الفاحص أن يلجأ لمختلف الشروح والتعليمات[٢] التي يعطيها للمفحوص بشكل حازم ومقنع في آن معاً. هذا مع الاحتفاظ دائماً بموقف المتفهم.

والحقيقة أن الوصول الى هذه النتائج، وفي الدرجة الأولى كسب ثقة المريض، يفرض على الفاحص أن يبدو في نظر المفحوص على النحو الآتي:

---

٢ - هذه الصفات تأخذ في الاعتبار مجموعة المعلومات التي جمعها الفاحص من خلال مراحل الفحص السابقة.

١- أن يكون الفاحص متفرغا بحيث يخلف لدى المفحوص انطباعاً بأنه مستعد لإضاعة الوقت في سبيل التوصل الى فهمه وفهم معاناته، وهو أي الفاحص، يملك الصبر الكافي لذلك[٣].

٢- على الفاحص أن يغفر للمفحوص انفعاله وتصرفاته. حتى ولو احتوت على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه (كما يحدث لدى بعض المرضى المهتاجين مثلاً).

٣- على الفاحص أن يكون مرحا ولكن دون أن يتكلم كثيرا، نشطاً هادئاً ومرتاحاً بحيث يكون قادرا على التركيز. وبناء عليه وجب على الفاحص أن يرفض الظهور أمام المفحوص بمظهر المشار أو المتوتر او العنيف أو الضجر، لان ظهور الفاحص بأي من هذه المظاهر من شأنه أن يجعل المفحوص أكثر تحفزا وأقل اطمئناناً.

٤- على الفاحص ان يتحلى بصفات المستمع الجيد الإصغاء والصبور. ولكن كذلك ان يتمتع بالقدرة على المراقبة الدقيقة، الدبلوماسية في طرح الاسئلة[٤] وأخيرا ان يملك القدرة على الإقناع والتأثير في المفحوص[٥].

٥- على الفاحص ان يحسن التحكم في ردات فعله. بحيث لا يظهر تعجبا أو يتخذ موقفا هازئاً مما يرويه المفحوص. فمن واجب الفاحص ان يحافظ على هدوء أعصابه أمام أية مفاجأة قد يبادره بها المفحوص[٦].

---

٣ – إن هذا الموقف يسهل على الفاحص كسب ثقة مفحوصه من طريق اظهاره الاستعداد لتقبل المفحوص ومساعدته.

٤ – على الفاحص أن يحترم دفاعات المفحوص والا ينتهكها عن طريق الالحاح او التهالك للوصول الى المعلومات بسرعة. لان ذلك قد يحول الفحص الى نوع من التحقيق او الاستجواب بالنسبة للمفحوص.

٥ – هذه القدرة تختلف لدى الفاحص الواحد من مفحوص لآخر وهي تنمو بالخبرة.

٦ – غالباً ما يعتمد المفحوص خلق مثل هذه المفاجآت التي تستوجب استعمال الفاحص لقدرته على التحكم بانفعالاته وبردود فعله وبإيماءات وجهه. ليعطي نفسه فرصة الحكم على هذه المفاجآت وتقدير مدى صحتها وتأثيرها

٢- طريقة الدنو من المفحوص:

كثيراً ما يتخذ المفحوص موقفاً سلبياً من الفاحص ومن الفحص ذاته، بل كثيراً ما يعمد الى رفض الفحص. سواء أكان هذا الرفض صريحاً مباشراً أو كان غير مباشر كرفض التعاون أو حتى مجرد الكلام أو إعطاء الأجوبة الكاذبة المضللة. على أن أكثر المواقف سلبية وصعوبة في التقرب من المفحوص هي عندما يكون هذا الأخير مريضاً مهتاجاً (سنخصص الفقرة التالية لمناقشة هذا الوضع).

وأيا كان موقف المفحوص فعلى الفاحص أن يتقبله كما هو إن أراد فعلاً إجراء فحصه. وتقبل المفحوص كما هو يعني بالطبع عدم معاقبته مهما كان هذا العقاب بسيطاً (حتى مجرد السخرية) لأن ذلك سيزيد في سلبيته. ولكن من المهم التنبه الى أن قبول المفحوص كما هو لا يعني مطلقاً أن نتقبل أفكاره ،أن نتيح له المجال لتنفيذها. فمن الممكن أن يعمد المفحوص، تحت تأثير مشاعره السلبية[٧] أو انفعاله أو تحت تأثير اختلال نفسي أو عقلي، الى القيام بأعمال تلحق الأذى به أو بالآخرين. في حالات الانهيار المتطورة يصل المريض الى درجة من الكآبة قد تدفعه للانتحار[٨].وفي هذه الحالة على الفاحص أن يتقبل المنهار كإنسان تعس ويائس ولكنه لا يوافقه على الحل الذي اختاره للخلاص من هذه التعاسة وهذا الشقاء. وبالتالي فإن تقبل الفاحص لتعاسة وشقاء المنهار لا يعني مطلقاً السماح له بالانتحار.

فالمقصود، من قبول المفحوص كما هو، هو إثبات احترام الفاحص لذاتية المفحوص ولإنسانيته وكذلك الاهتمام به كإنسان بحيث يشعر المفحوص (مهما كانت درجة مرضه) بأنه شخصية إنسانية لها احترامها، شعورها وحريتها.

---

٧ – المشاعر السلبية هي المشاعر التي تغذي الميول العدوانية كمثل مشاعر الكراهية والحقد والحسد والرغبة في الانتقام... الخ من المشاعر التي وسمها سوندي بالقابيلية.

٨ – للتعمق في هذا الموضوع انظر محمد أحمد النابلسي: الانهيار العصبي، الرسالة- الايمان، ١٩٨٦.

ولعل أهم الخطوات في سبيل إقناع المفحوص بذلك تتمثل بإصرار الفاحص على تجنب استعمال القوة أو التعنيف واعتماده مبدأ الحوار المتفهم والمقنع الذي شرحنا حيثياته أعلاه. على أن الأمور تصبح على درجة عالية من التعقيد اذا كان المفحوص مريضا عقليا. ففي مثل هذه الحالات قد يضطر الفاحص لتخطي مبدأ الحياد المشروح أعلاه وذلك في ظروف عديدة نذكر منها:

أ- حاجة بعض المرضى للعلاج الفوري الطارئ مما لا يترك للفاحص الوقت الكافي لاقناعهم.

ب- في حالات معينة يمكن للعنف او الاجبار أن يمارسا تأثيراً ايجابياً في المريض بحيث يمنعانه عن ممارسة عدائيته سواء نحو ذاته أو نحو الآخرين.

ج- في حالات المرضى الرافضين للعلاج على الفاحص- المعالج أن يدرك بأن اجبار المريض في مثل هذه الحالات لا يعتبر اعتداء على حريته بل يعني اعادتها له من طريق إجباره على العلاج.

واذا كنا في سياق الحديث عن علاقة الفاحص بالمفحوص - المريض لا بد لنا من التنبيه الى أن الناس المتعاملين مع المريض (أهله، معارفه، زملاءه، الممرضين الخ..) هم أناس ذوو ردات فعل عادية لا يستطيعون السيطرة عليها في كل الظروف بحيث يستطيع المريض ان يحسّ بها . وردات الفعل هذه تراوح بين القلق والخوف والنفور والسخرية. ولكنها ممكن أن تصل الى العقاب من طريق محاولات تجاهل المريض او تجنبه أو حتى التعامل معه بعنف.

والفاحص كي يقترب بشكل فاعل من المريض ويكسب ثقته عليه أن يتحلى بأكبر قدر ممكن من القدرة على التحكم بانفعالاته وبهذا يثبت للمريض بأنه انسان مختلف وأهل لمنحه الثقة. فإذا لم يحسن الفاحص هذا التحكم فقد يقع في مأزق

التشخيص المتسرع للحالة بهدف التخلص منها . وفي هـذا يقول برنار(٩) P. Bernard: "إن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعقد كثيراً من مراقبتنا لانفعالات الآخرين.

مما تقدم نلاحظ بأن لكل مفحوص وضعه الخاص الذي يفرض على الفاحص أن يرسم نمطاً جديداً لعلاقة فاحص- مفحوص يختلف عن بقية الأنماط السابقة. وهكذا فإن تمرس الفاحص وتجربته يزيدانه حساسية وإبداعا في رسم أنماط علاقته بالمفحوصين.

٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.

بالرغم من ضآلة نسبة المرضى المهتاجين إلا أن وضعهم الخاص يقتضي التنويه بالخطوات الواجب اتخاذها في مواجهتهم واثناء فحصهم. وهذه الخطوات هي.

أ- على الفاحص أن يكون هادئاً، صبوراً وأن يبدو أمام المريض كحليف له يستطيع فهمه.

ب- على الفاحص ان يحافظ على جدية مهنتـه رافضـا اقتراحات الإرباء المريض القاضية بإخفاء الفاحص لمهنته أمام المريض. هذا مع الاشارة بأن ليون ميشو Michaux(١٠) لا يرى بأسا من أن يقدم الطبيب النفسي المريض على انه طبيب اعصاب.

ج- على الفاحص ألا يشارك في خداع المريض أو في إغداق الوعود عليه، لأن الفاحص سيفقد بذلك الكثير من أسهمه في كسب ثقة المريض.

---

٩ - P. Bernard: Manuel de L'infermier en psychiatrie, éd. Massom paris. ١٩٧٤

١٠ - Michaux Léon: "Psychiatrie éd médicales Flammariom ١٩٦٧.

د- في حال استنفاد الفاحص لكافة الوسائل، التي من شأنها ان تهدئ المريض المهتاج، فعندها عليه الاستعانة بممرضين أقوياء وإجبار المريض على تلقي العلاج اللازم.

هـ- أمام مريض مهتاج يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين على الفاحص ألا يهمل جدية هذه الاخطار والا يقلل من شأنها. ولكن عليه ايضا الا يفقد أمله في الدنو من المريض والتفاهم معه.

وعلى سبيل المثال قد يجد الفاحص نفسه امام مريض شاهر سلاحه ومهدد بقتل رهينة ما وكذلك بقتل أي انسان يقترب منه.

في مثل هذه الحالة من الخطأ أن يحاول الفاحص الإقتراب من المريض مهملاً احتمال تنفيذ المريض لتهديداته. كما أنه من الخطأ أن يحصر تفكيره باستخدام القوة.

والموقف السليم في الحالات المماثلة يتلخص في أن يقوم الفاحص بإقامة اساس علاقة مع المريض. مستخدما خبرته، دبلوماسيته واسلوبه الخاص سائلا المريض عن الفائدة التي يجنيها من قتل الرهينة؟- أن يعرض الفاحص أمام المريض إمكانية ايجاد طرق أكثر نفعا لحل مشاكله- وأخيرا من الممكن أن يظهر الفاحص تفهمه وتعاطفه مع المريض وذلك بقوله: أنا مستعد لمساعدتك.

و- قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض يرفض المساهمة في الفحص ويرفض مجرد الكلام وهو في نفس الوقت مهتاج. في هذه الحالة على الفاحص أن يحدد السبب الدافع بهذا المريض لاتخاذ هذا الموقف. وهذا الدافع ممكن أن يكون:

١- في حالات الخبل او العته: وفي مثل هذه الحالات على الفاحص أن يكتفي بالمعلومات التي يحصل عليها من أهل المريض ومعارفه. واستجوابهم في إطار الفحص النفسي والتفاصيل التي يقتضيها هذا الفحص. وإذا كان المريض في هذه الحالات عاجزاً عن المشاركة في الحوار الا ان الفاحص يستطيع ان يحصل على

الكثير من المعلومات من خلال نظرات المريض، حركاته، هندامه، تعابير وجهه الخ...

٢- في حالات الفصام: ومثل هذه الحالات تقتضي تصرفاً طبياً يتلخص بحقن المريض في الوريد بمقدار ٠،٥ غ من مادة الـAmytal Sodique وهي من مشتقات الباربيتورات. مع مزجها بـ ١٥ مل من الماء المقطر وذلك بمعدل ١ مل في الدقيقة. ونفس هذا التصرف يمكننا اتباعه مع المصابين بالخرس الهيستيري.

وبعد ذلك يخبر الفاحص المريض بأنه سيشعر بالقليل من الخدر والارتخاء ويبدأ بتوجيه بعض الأسئلة البسيطة للمريض. كأن يسأله عن اسمه، وعمره، وعائلته.. الخ. ومع متابعة الحقن بالباربيتورات يوالي الفاحص اسئلته لغاية حصوله على المعلومات التي يحتاج اليها في فحصه.

وبعد عرضنا للصفات الواجب توافرها في الفاحص النفسي والمواقف التي ينبغي عليه اتخاذها لا بد لنا من الإشارة الى دور العوامل الاجتماعية وتدخلها في مجرى الفحص النفسي. والحقيقة أن المجال يضيق بنا هنا لتفصيل هذا الدور ولذلك فقد رأينا أن نكتفي باستعراض بعض جوانبه.

١- من عادة مجتمعنا ان يصنف الاضطراب النفسي في قائمة الجنون. الأمر الذي يدفع المريض الى تجنب الفحص النفسي وبالتالي الى تأخير العلاج. هذا التأخير الذي لا يمكن أن يكون في مصلحة المريض أو المجتمع.

٢- عن السبب الأول تنشأ صعوبات عديدة في وجه الفاحص- المعالج النفسي. هذه الصعوبات التي تربك الفاحص وتعيقه عن ممارسة مهنته.

٣- يتفق الباحثون[11] كينون (Kinon) وماك (Mac) وميشال (Michel) على أن الفحص والعلاج النفسي يبدآن مع إقناع المريض بأن ذلك سيعود عليه بالخير والنفع. والحقيقة أن مريضنا لا يقتنع بسهولة بذلك لأن الهاجس المسيطر عليه هو إخفاء معاناته وذلك هرباً من تهمة الجنون.

٤- إن معظم الفاحصين النفسيين بل والأطباء والباحثين النفسيين في مجتمعنا يقومون بنقل التجارب الغربية وتطبيقها بحذافيرها في مجتمعاتنا. ومن الطبيعي القول بأن هذا النقل لا يكون دائماً ناجحاً أو صحيحاً. فعلى سبيل المثال نلاحظ بأن المدمن الأميركي يلجأ للمخدرات لاحساسه بضآلته أمام مجتمع راق متطور ومن الملاحظ بأن هذا اللجوء كثيراً ما يأخذ منحى فلسفيا ويكون مدعماً بثقافة لا بأس بها لدى هذا المدمن. في حين أن المدمن اللبناني يحس بضآلته أمام الموت. ويدمن ليتعلق بالحياة لا ليهرب منها. فالإدمان في لبنان هو مدخل للحياة وليس مخرجاً منها. والمدمن اللبناني لم يعش ثقافة وتطور وفلسفة أميركا. بعد هذا كله يحق لنا القول بأن علاج المدمن اللبناني يختلف كثيراً عن علاج المدمن الأميركي. وكذلك الفحص. ففي حين يرى الأول في الفحص النفسي مناسبة يعرض فيها بصدق معاناته نرى الثاني يهرب من الفحص ويحاول فلسفته بل ويحاول إظهار تفوقه على الفاحص بشتى الطرق.

وبعد هذا العرض السريع لتأثير العوامل الاجتماعية. ها نحن نعرض الخطوط العريضة للفحص النفسي.

١١- Michel, Mac et Kinon: cités dans vadem ecum in psychiatrie C. Gorgos. éd. medicales BUC. ١٩٨٥.

٤ مبادئ الفحص النفسي

لاحظنا لدى استعراضنا لصفات ومواقف الفاحص النفسي أن هنالك تقنية خاصة بكل فاحص يكونها من خلال خبرته ومن خلال المدرسة النفسية التي ينتمي إليها. وإذا كان الطب النفسي هو الميدان الذي تجتمع فيه مختلف المدارس النفسية (تحليل نفسي، الروائز، الاضطرابات العصبية... الخ) وتمارس فقد رأينا أن نعرض الفحص النفسي وفق المبادئ المتبعة في الطب النفسي. وإذا أردنا تعداد الخطوط العريضة لهذا الفحص فهي تأتي على النحو التالي:

١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص وهذه تقسم إلى:

أ- السوابق الوراثية.

ب- معطيات طفولة المفحوص ومراهقته.

ج- الصدمات النفسية في حياة المفحوص.

د- السوابق المرضية- الجسدية للمفحوص.

و- تاريخ وشكل بداية الاضطراب النفسي.

٢- الفحص العيادي - النفسي وبدوره ينقسم إلى:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- دراسة المظاهر الحسية- الحركية لدى المفحوص.

ج- دراسة العوامل المكونة للشخصية.

٣- الفحص الطبي (سنخصص له فصلاً خاصاً).

٤- القياسات النفسية أو الاختبارات (سنخصص لها فصلاً خاصاً).

١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص

على الفاحص النفسي أن يتحلى بالمثابرة وألا يتسرع بالتشخيص قبل إتمامه لمختلف مراحل الفحص النفسي. فكثيراً ما يحصل الفاحص على مؤشر أو مجموعة مؤشرات ذات دلالة مرضية أكيدة في مرحلة بداية الفحص. مما يجعله ميالاً للاكتفاء بهذه المؤشرات لوضع تشخيصه دون متابعة الفحص. والحقيقة أن لهذا المواقف أسبابا عديدة يجب إضافتها على صفات الفاحص. بمعنى أن على الفاحص أن يتخلى عن الصفات التي تدفعه للتعجيل في التشخيص دون أن يتم الفحص. وهذه الصفات هي: ١) نرجسية الفاحص ٢) رغبة الفاحص بإنهاء الفحص بأسرع وقت ممكن، ٣) رغبة الفاحص في بالتحول إلى النجومية[١٢]... الخ.

من هنا وجب على الفاحص أن يبدأ فحصه منذ الجذور الوراثية للمفحوص ولغاية أدق مظاهر الاضطراب لديه. وعليه لذا البدء بـ:

أ- السوابق الوراثية:

على الفاحص أن يحدد وجود مظاهر الاضطراب، أو المرض النفسي في عائلة المفحوص. متحريا حالات الانتحار، الادمان على أنوعه، التشوهات الخلقية والأمراض النفسية والعقلية في هذه العائلة. كما على الفاحص أن يتحرى وجود الأمراض الجسدية التي يمكن أن تسبب الاضطراب لدى المفحوص مثل السرطان، السفلس... الخ.

ب- طفولة المفحوص ومراهقته:

في طفولة المفحوص يجب على الفاحص أن يقوم بتقصي المعلومات التالية:

---

١٢ - إن هذه الرغبة في النجومية وفي التحول الى نجم اجتماعي بارز هي رغبة نابعة من الميول السادية. فأصحاب هذه الميول يتجهون نحو المهن التي من شأنها إرضاء شعورهم المتضخم بأهمية الذات. هذا ويرى سوندي أنهم يميلون الى المهن العسكرية والى مهنة الطب النفسي.

١- ظروف حمله وولادته: فمن المعروف بأن هنالك العديد من الأمراض التي يولد بها الطفل وإن لم تظهر إلا لاحقا (مثل الصرع، الفصام... الخ). كما أنه من الضروري تحديد ظروف الولادة التي يمكن أن تؤدي الى صدمة الولادة والاخطار الجسدية والنفسية التي قد تنجم عنها.[١٣]

٢- ظروف طفولته الأولى: هل تم إرضاعه من ثدي أمه[١٤]؟ عمره عندما خطا خطوته الأولى[١٥] ؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى[١٦] عندما ظهرت أسنانه[١٧] وعندما ضحك للمرة الأولى[١٨].

٣- عمر المفحوص عند البلوغ[١٩] وظهور الشعر عنده وكذلك اذا ما ظهرت لديه بعض التغيرات في هذا السن.

٤- حالة المريض الاجتماعية وعلاقاته العاطفية وممارساته الجنسية[٢٠].

٥- حالة المريض المهنية، وضعه الاقتصادي،علاقاته بزملائه وبمحيطه، نجاحاته وإخفاقاته.

---

١٣ – للتعمق في هذا الموضوع انظر محمد أحمد النابلسي- ذكاء الجنين، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

١٤ – تولد الرضاعة من الثدي مشاعر الاطمئنان لدى الرضيع وتدعم توازنه النفسي لاحقاً.

١٥ – للتعمق انظر – ذكاء الرضيع مرجع سابق الذكر

١٦ – المرجع السابق

١٧ – المرجع السابق

١٨ – المرجع السابق

١٩ – إن تأخر البلوغ أو تبكيره مرتبطان بالتوازن الهورموني لدى الشخص واضطراب هذا التوازن قد لا يكون رئيسياً. ومع ذلك فاننا نلاحظ ان بعض الاضطرابات النفسية تنتشر بين متأخري البلوغ. من هذه الحالات نذكر تأخر النضج العاطفي وحالات الرهاب (الفوبيا) والهلع. أما إذا كانت الاضطرابات الهورمونية رئيسية فانها تحتاج للعلاج. وهي تتبدى بمظاهر عيادية مميزة لكل اضطراب انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ – فقرة الاضطرابات الغددية.

٢٠ – راجع اضطرابات الغريزة الجنسية في الفصل السابق وللتعمق انظر جماك ودانينبرغ، عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

٦- الأمراض الجسدية التي تعرض لها في طفولته (التهابات، تسمم، فقدان وعي أو تشنجات).

ج- الصدمات النفسية في حياة المريض:

وهذه الصدمات تتلخص عادة بـ:

١- صدمات عائلية مؤثرة خاصة في فترة الطفولة مثل: موت أحد الوالدين أو كليهما، خلافات الوالدين، انفصالهما أو طلاقهما، مرض أحد الوالدين وأخيرا إدراك الطفل لخيانة أحدهما.

٢- صدمات فترة المراهقة: وتتلخص عادة بالاخفاقات العاطفية والجنسية.

٣- صدمات عائلية من نوع الخلافات الزوجية، الطلاق، الترمل، الخيانة.. الخ.

٤- صدمات مهنية: بطالة، فقدان العمل، الافلاس، الاخفاقات المهنية، صراع في مكان العمل... الخ.

٥- صدمات متنوعة أخرى: ملاحقة قضائية، الخوف من القانون، الخوف من الموت... الخ.

د- الأمراض الجسدية التي يعاني منها المفحوص[٢١] :

١- أمراض خلقية.

٢- نوبات تشنجية.

٣- حوادث ورضوض في الجمجمة.

---

٢١ - انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ في هذا الكتاب

٤- الالتهابات الجنسية وخاصة السفلس.

٥- التهاب السحايا.

٦- أمراض الغدد الصماء.

هـ- تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص:

وهذه المرحلة من مراحل الفحص هي الأهم فهي التي يتجلى فيها مبدأ تقاطع المؤشرات[٢٢]. فمن الممكن بل من الغالب ألا تكون الأزمة النفسية التي يمر بها المفحوص من الحدة بحيث توجب ربطها بالمؤشرات التي حصلنا عليها لغاية الآن. إلا أن اصرارنا على الخطوات السابقة هو بقصد الاطلاع على مختلف عوامل الخطر لدى المفحوص. لأن إهمال هذه العوامل وعدم أخذها بعين الاعتبار قد تفوت علينا علاج مرض ما في بدايته وقبل أن يتطور.

وتاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يجب أن يبحث أولا بداية الاضطراب النفسي وكيفية ظهوره. هل هي بطيئة[٢٣]، سريعة[٢٤] أم عنيفة[٢٥] وبعد ذلك يجب على الفاحص السؤال عن الأسباب المباشرة المؤدية لظهور هذا الاضطراب. هل هو نتيجة مرض جسدي، أم هو عارض ظهر لدى امرأة أثناء أو بعد ولادتها، أم أن هذا الاضطراب أتى عقب التعرض لعملية جراحية أو لحالات متطرفة من الخوف من الموت أو بعد إصابة المفحوص برضوض في رأسه... الخ.

---

٢٢ - تقاطع المؤشرات (Recoupement des indices).

٢٣ - إن الاضطرابات النفسية التي تظهر ببطء ممكن أن تعكس اختلالا بسيطاً في الغدد الصماء أو ممكن أن تعكس مثلا ورماً دماغياً ينمو ببطء.

٢٤ - الاضطرابات النفسية السريعة الظهور غالبا ما تنجم عن معاناة نفسية عنيفة ومفاجئة.

٢٥ - الاضطرابات النفسية العنيفة ممكن أن تعكس مرضا نفسيا أو عقليا مستتراً.

كما ان تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يقتضي من الفاحص ان يتحرى النقاط التالية:

١- اذا كان المفحوص قد تعرض سابقا لحالات تشنج او لفقدان الوعي.

٢- اضطراب تصرفات المفحوص.

٣- اذا ما سبق للمفحوص أن فكر أو حاول الانتحار.

٤- اذا ما تعرض المفحوص سابقا لحالات الخبل.

٥- اذا ما سبق للمفحوص تلقي العلاج النفسي. وفي هذه الحالة نوعية هذا العلاج.

٦- الملائم المرافقة للاضطرابات النفسية (كآبة، همود، تفكير بالانتحار، عدائية، هذيان، هياج... الخ).

٢- الفحص العيادي النفسي:

اذا كانت الخطوة الأولى للفحص النفسي، وهي تحديد التاريخ المرضي للمفحوص، على درجة كبيرة من الأهمية الا ان الخطوة الثانية، المتمثلة بالفحص العيادي- النفسي، لا تقل عنها أهمية. فالأولى كما لاحظنا ممكن اجراؤها من خلال معلومات مستقاة من أقارب المريض ومحيطه. أما الثانية فهي تقتضي مواجهة: فاحص- مفحوص.

هذه المواجهة التي تفرض على الفاحص الاعتماد على عاملين أساسيين في تشخيصه وهذان العاملان هما:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- الحوار مع المفحوص.

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

وهذه الدراسة كانت موضوع الفصل الأول من هذا الكتاب. ولهذه فإننا سنعمد الى اعادة عرضها بإيجاز مع التأكيد على بعض العوامل الواجب متابعتها في حالات المرض النفسي.

١- دراسة شكل الوجه وتعابيره التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، التنافر أو النشاز (Discordance) أو فقدان القدرة على التعبير والإيماء... الخ.

٢- حركات المفحوص: هل هي متصنعة أو غريبة أو مقولبة (Stréreotype) أو تشنجية من نوع العقلة (Tic).

٣- مزاج المفحوص ويمكن أن ينعكس من خلال مظهره وتصرفاته، ويمكن أن يكون المفحوص متفائلا او متشائما، ضاحكاً أو باكياً او متراوحاً بين الضحك والبكاء دون أي سبب ظاهر.

٤- النظرة وممكن أن تكون ثابتة[٢٦]، متحركة[٢٧]، كثيرة الحركة[٢٨]، او بوهيمية[٢٩].

٥- ثيابه، تسريحته، طريقة انتقائه للألوان، درجة غرابة هندامه. كلها عوامل تساعد الفحص النفسي من طريق مساعدتها في تأكيد أو نفي المؤشرات.

٦- مراقبة النشاط الحركي العام للمفحوص. هل هو جامد وهامد أم أنه في حالة ذهول. هل يرتجف لا إرادياً، هل هو مضطرب ومهتاج، هل يتخذ مواقف

---

٢٦ - كما في حالات الكآبة والانهيار والجمود والمراحل الفصامية - الاكتئابية... الخ.

٢٧ - كما في حالات القلق والرهاب.

٢٨ - كثيرة الحركة مع لمعان في حالات الهوس.

٢٩ - كما في حالات الجمود المطلق - الفصامي

تخشبية (Cathatonique) او العمه الحركي (Apraxie) أو اذا كان المفحوص يعاني من الهبوط الحيوي (Echokinésie).

ب- الحوار مع المفحوص:

كثيرة هي المدارس النفسية التي تعتمد الحوار أساساً للفحص النفسي. بحيث تهمل أو تكاد بقية الفحص النفسي، واشهر هذه المدارس هي مدرسة التحليل النفسي بفروعها المتعددة.

وايا كانت الأهمية التي يعلقها الفاحص النفسي على الحوار والدور الذي يعطيه هذا الفاحص للحوار كعامل محدد التشخيص. فإن هذا الفاحص لا بد أن يعترف بأن الحوار هو أصعب وأعقد مراحل الفحص النفسي.

والحقيقة ان خبرة الفاحص هي العامل الأساسي المحدد للحوار ولأهمية النتائج التي يمكن أن تستخلص منه. وكنا قد أشرنا الى ذلك في سياق حديثنا عن الصفات الواجب توفرها في الفاحص النفسي. ونحن لا نبالغ اذ نقول بأن الفاحص النفسي الجيد يستطيع مع طريق الحوار، ان يختصر الكثير من جهد وكلفة الفحص النفسي متجنباً إجراء العديد من الفحوصات الطبية والقياسات النفسية.

ونظراً لتضارب الآراء في هذا المجال وضيق المجال لعرضها فإننا نكتفي بعرض النقاط الواجب على الفاحص استخلاصها من خلال الحوار. وهذه النقاط هي التالي:

١- اضطراب الحديث لدى المفحوص: وهذا الاضطراب هو أول ما يلفت النظر أثناء الحوار مع المفحوص. وهذا الاضطراب ممكن أن يكون على أنواع هي:

أ) التأتأة بأنواعها (النبري، الارتماشي الخ..)

ب) الحبسة التركيبية[٣٠]

ج) التراثية (Pragmastisme)

د) الثرثرة او اللغط (Verbigeration).

٢- ادراك المفحوص للزمان والمكان: ومن المهم الملاحظة أن هذا الإدراك لا يكون متكاملا لدى الأولاد دون الحادية عشرة. وتحديد مدى هذا الادراك يمكن أن يتم بطرق عديدة. أبسطها سؤال المفحوص عن تاريخ اليوم وعن عنوانه ومكان وجوده.

٣- إدراك المفحوص لجسده وللعالم الخارجي: وكنا قد شرحنا اضطرابات ادراك الجسد وعلاقته بالعالم الخارجي أثناء حديثنا عن العوامل المكونة للشخصية. ومن هذه الاضطرابات نذكر بـ: أ) العمه، ب) الأوهام ج) التهيؤات.

٤- الانتباه: وقد سبقت الاشارة لاضطرابات الانتباه، والحقيقة أن قياس هذه الاضطرابات هو أمر لا يصعب على الفاحص خاصة مع وجود قياسات الانتباه النفسية (أنظر فصل القياسات النفسية).

٥- الذاكرة: وهي من أهم العوامل التي يجب على الفاحص النفسي تحديده. ذلك أن اضطرابات الذاكرة الى جانب كونهـا العارض المميز لعدد من الأمراض النفسية والعصبية، فهي جديرة بأن تؤدي الى اضطراب السلوك. فالشخص الذي يفقد ذاكرته يتصرف وكأنه انسان آخر وشخصية أخرى.

٦- قدرة المفحوص على التجريد، مقدرته في الحكم على الأشياء وكذلك مدى اطلاعه.

---

٣٠ - الحبسة التركيبية (Agramatisme): هي انخفاض القدرة على تركيب الكلمات وصياغتها في اطار قواعد اللغة الصحيحة. لذلك يلجأ المصاب بهذه الحبسة الى اعتماد اسلوب البرقيات في حديثه مع الآخرين.

٧- مدى ثقافة المريض: وهذه النقطة شديدة الأهمية والحساسية بالنسبة للفحص النفسي. ذلك أن هنالك فئة من المفحوصين تكون ميالة للاستخفاف بالفحص والفاحص معا وعلى سبيل المثال نذكر الحالات التالية:

أ- المنهار (مصاب بالانهيار): الذي يعتبر عادة ان عوامل انهياره واسباب هذا الانهيار هي كارثيه وغير قابلة للاصلاح بما يجعلها أكبر من الفحص والعلاج وهو لا يلجأ للمعالج النفسي الا في حال خوفه من تهاوي قدراته العقلية وانخفاض قدرته على التحكم في مجرى تفكيره التشاؤمي فإذا ما تخطى هذا الخوف فانه يعود من جديد لتبخيس الفحص والفاحص وعلاجه. ولذلك فان أفضل الأساليب في علاج هذه الفئة من المرضى هي الاعتماد على العقاقير المضادة للانهيار كأساس لعلاجهم[٣١].

ب- المدمن: الذي كثيراً ما يتصرف مع الفاحص من منطلق أنه (أي الفاحص) لم يخبر لذة المخدرات أو يجربها ... الخ، ولذلك فهو سخيف وعاجز عن فهم اللذة وتفهم المفحوص. والحقيقة ان المدمنين يمارسون هذا التبخيس بطريقة جد دبلوماسية بحيث أن غالبية الفاحصين النفسيين (باستثناء أصحاب الخبرة في المجال) لا ينتبهون الى هذه الدفاعات لدى المدمنين.

ج- الهيستيري: وغالبية هولاءً من النساء وأولى خطوات تبخيس الفاحص في هذه الحالات تبدأ بمحاولتهن اغراءه.

وهذه الفئة من المفحوصين التي أعطينا حولها بعض الأمثلة لا تثق بالفاحص بما فيه الكفاية ولذلك نلاحظ لديهم رغبة في محاولة اظهار تفوقهم على الفاحص. وبما أن الفاحص يجيد التحكم في ردات فعله فهم يلجأون غالبا لتوجيه عدد

٣١ – ان العلاج بمضادات الانهيار يفرض نفسه لاسباب عديدة منها عدم استعداد المريض للاستجابة الى العلاج النفسي ومنها ايضا كون الانهيار اضطرابا مزاجيا مرتبطا بسلسة متغيرات بيولوجية. للتعمق انظر- معجم العلاج النفسي الدوائي- مرجع سابق الذكر.

من الامسئلة من نوعٍ ماذا كنت تفعل لو كنت مكاني؟ هل لي أن أسألك سؤالا خاصا؟... الخ. أما إذا كان المفحوص مثقفاً فإنه يحاول جر الطبيب الى نقاش ثقافي يكون هو (أي المفحوص) صاحب باع طويل فيه. ولهذا وجب على الفاحص تجنب هذا المأزق.

٨- محتوى أفكار المفحوص: بعد تحديد الفاحص النقاط السابقة الذكر يستطيع بسهولة أن يستشف محتوى أفكار المفحوص. هذا المحتوى الذي سيتيح له التوجه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج فمحتوى هذه الأفكار ممكن أن يكون هذيانياً، وسواسياً، وهما مرضياً أو شعوراً بالتفوق... الخ.

٩- مزاج المفحوص: وقد شرحنا تفصيلا العوامل المؤثرة في الحالة المزاجية وكذلك اضطرابات هذه الحالة. الا ان ما يهمنا التذكير به هو تبين وجود أو عدم وجود فكرة الانتحار لدى المفحوص. فهذه الفكرة تطرح نفسها بصورة قهرية لدى مضطربي المزاج- انظر اضطرابات التفاعل الوجداني في الفصل الثاني.

٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي

قد يختلف العديد من الزملاء معي حول الاهمية التي اعلقها على دور اضطرابات النوم في مجرى الفحص العيادي. والحديث عن هذه الاضطرابات في سياق الفحص النفسي لا يتيح استعراض المستجدات في ابحاث النوم. لذلك اختصر وجهة نظري بهذا الخصوص بالتذكير بالعلاقة القائمة بين حرمان النوم وظهور المظاهر الذهانية. اذ تتبدى هذه المظاهر لدى أي شخص حرم من النوم لاكثر من ٤٨ ساعة متواصلة. ولقد دلت الابحاث على ان النوم هو حصيلة جملة قرارات دماغية تؤثر في حالة الاختمار الدماغي تتحدث النوم. كما دلت هذه الابحاث على وجود اضطرابات النوم ليدعم تشخيصه للاضطراب. وفي ما يلي بعض الامثلة:

أ- نوم مرضى الانهيار (الاكتئاب).

يتميز نوم هؤلاء المرضى بالخصائص التالية:

- صعوبة الاستمرار في النوم تكون أكبر من صعوبة الاغفاء. فهم يستيقظون عدة مرات في الليلة الواحدة. فاذا تطورت الحالة فانهم يستيقظون في ساعات أبكر- وهذا ما نسميه بالارق الصباحي.

- لا تتوالى مراحل النوم الخمس بشكل طبيعي لدى هؤلاء المرضى بحيث تتناقص مرحلة النوم العميق بما يؤدي الى بداية مرحلة نوم الاحلام بصورة اسرع تظهر الاحلام بعد ١٠ دقائق بدلا من ٦٠- ٩٠ دقيقة. وحتى في الحالات التي ينام فيها المنهار ضعف مدة النوم العادية فان نومه العميق يبقى ناقصاً.

ب- نوم المهووسين

يملك هؤلاء المرضى قدرة غير عادية على مقاومة النوم والادوية المنومة. وهم يستطيعون البقاء بدون نوم لفترة طويلة لا يقوى عليها الناس العاديون. فاذا ناموا فانهم يكتفون بقدر بسيط من ساعات النوم.

ج- نوم الذهانيين- الهذيانيين

يلاحظ مثلا لدى الفصاميين تناقص فترة نوم الاحلام مع عودتها الى طبيعتها بعد نهاية الانتكاسة الفصامية، ولا تتم هذه العودة في حال استمرار المظاهر الهذيانية.

د- نوم العصابيين

غالبا ما تتجلى اضطرابات النوم لدى العصابي بصعوبة الاغفاء وهي سمة النوم الخاصة بالقلقين. ونذكرها هنا بأن التحليل النفسي يذكر بعض انواع الاحلام الخاصة بالعصابيين والتي تؤدي الى استيقاظهم ليلاً بسببها.

هـ- نوم المرضى الجسديين

لم يحدد البسيكوسوماتيون انماطاً خاصة لنوم المصابين بالامراض الجسدية. الا أنهم حددوا انماط الحياة الحلمية لهؤلاء المرضى. وهذه الانماط هي بحسب بيار مارتي[٣٢]:

- غياب الاحلام
- الاحلام العملياتية
- الاحلام التكرارية
- الاحلام الفظة

و- نوم المسنين

تختلف اضطرابات النوم لدى المسن باختلاف حالته العضوية ولعل اكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هي تلك الناجمة عن الانهيار بسبب تقدم العمر وهي تتميز باغفاءات قصيرة اثناء النهار وباغفاء في الساعات الاولى من الليل ثم الاستيقاظ الليلي.

اما الشغب الليلي (Tulburance nocturne) فانه قد يرافق الحالات الانهيارية وقد يأتي منفرداً لمحاولة من قبل المسن للفت انظار المحيط اليه او كردة فعل امام خوف المسن من الموت ليلاً في حين ينام النهار.

بعد هذا العرض الموجز والمقتضب لعلائم اضطرابات النوم ولاهميتها التشخيصية فاننا نؤكد على ضرورة تحري الفاحص لاضطرابات النوم لدى مفحوصه (بسؤال المفحوص ومحيطه. ذلك ان بعضهم ينكرون او يجهلون خصائص نومهم). بل اننا ننصح الفاحص بعدم التسرع في وضع تشخيصه للحالة

---

[٣٢] - بيار مارتي: الحلم والمرض النفسي والنفسدي، منشورات مركز الدراسات النفسية، ط١ (١٩٨٧) وط٢ (١٩٩٣).

إذا ما لاحظ لديها علائم اضطرابات جدية على صعيد النوم. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد على أن تنويم المريض (Cure de Som meil) يمكنه ان يغير التشخيص الذي يعتمده الفاحص مبدئياً. ومثل هذا الالتباس التشخيصي يمكنه أن يؤدي، ولو في حالات نادرة، الى فشل العلاج.

هذا مع التأكيد على أن الدورة التنويمية تؤثر بصورة ايجابية في الحالة مهما كان تشخيصها. وذلك بشرط انتقاء المنوم المناسب للحالة.

الفصل الخامس

الفحص الطبي – النفسي

١- الفحص الطبي العام.

٢- دراسة قزحية العين.

٣- الفحوصات المخبرية.

١ – الفحص الطبي العام

"إن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل. وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا. إذ أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى معالجتهم للجنس البشري".

أفلاطون

وانطلاقاً من هذا المبدأ الأفلاطوني قامت المدرسة النفسية – الجسدية التي أثبتت ان هنالك قائمة طويلة من الأمراض (الربو، القرحة، الذبحة القلبية، الانهيار... الخ) التي تعود في أساسها لاضطراب في حالة المريض النفسية.

وبالمقابل أثبت الباحثون دور بعض الأمراض الجسدية في أحداث الاضطرابات النفسية. ومن هذه الأمراض نذكر على سبيل المثال لا الحصر: اضطرابات الدرقية والكظرية والسرطان والالتهابات الى ما هنالك من الامراض المسماة بالنفس – جسدية (بسيكوسوماتية).

بناءً على ما تقدم نلاحظ أن الفحص الطبي – النفسي كثيراً ما يمثل ضرورة ليس تشخيصية فقط وانما علاجية أيضاً. والفاحص يستطيع تحديد اطار هذا الفحص من خلال استعراضه التاريخ والسوابق المرضية للمفحوص. ونحن هنا سوف نحاول أن نلخص خطوات الفحص الطبي – النفسي. محاولين بذلك اتمام الفحص النفسي من كافة وجوهه.

والفحص الطبي – النفسي يجري وفقاً للأسس التالية:

١ – فحص أغشية الجسم:

ومن خلال هذا الفحص على الفاحص أن يحدد: أ) وجود آثار الحقن (دليل ادمان مخدرات تحقن بالوريد). ب) فحص بطانة الأنف (دليل تنشق المخدرات). ج)

وجود آثار لمحاولات انتحار سابقة (قطع شرايين اليد مثلاً). د) وجود التشوهات الخلقية و هـ) وجود آثار عنف بادية على جلد المفحوص (قد تكون دليلاً على ما زوشيته أو قد تنشأ عن صدمة ذات أثر في سلوكه الحالي... الخ).

٢- فحص الجهاز العصبي:

وهو فحص أساسي في الطب النفسي ويهدف الى تحديد امكانيات وجود تلف عصبي من شأنه أن يؤثر في الحالة النفسية للمفحوص. ويمتد هذا الفحص الى تحديد الاحساسات الذاتية والموضوعية للمفحوص وكذلك دراسة ارتكاساته العصبية. ومن المهم الانتباه أثناء الفحص العصبي للنشاط النفسي – الحركي للمفحوص الى مراقبة حركته (ممكن أن يكون مصاباً بالشلل الارتعاشي أو أن يعاني شكلاً من أشكال العمه... الخ) والفحص العصبي يكتمل من خلال مراقبة مشية المفحوص هذه المشية التي يمكنها أن تعكس عدداً من الاصابات العصبية كما نلاحظ في الصور التالية:

٣- فحص الجهاز التنفسي:

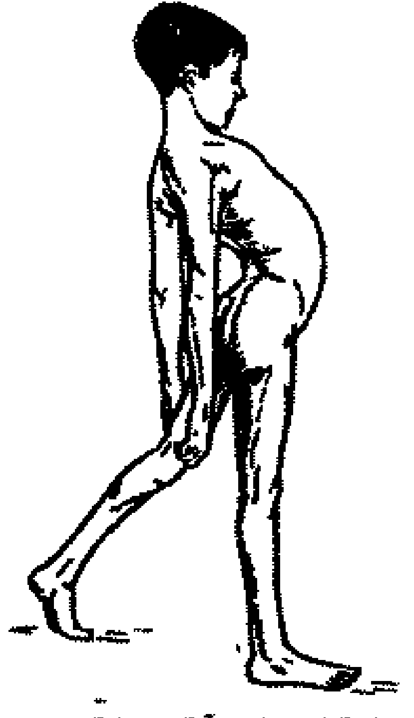
اذ من الممكن أن يتعرض المريض لصعوبات جمة، قد تودي بحياته وذلك في بعض حالات المرض النفسي – العصبي كالصرع[1] أو الامتناع[2] قسراً عن تناول المخدرات بعد إدمانها... الخ.

١- أثناء نوبة الصراع الكبرى (Grand Mal) وخاصة في حالات السوء الصرعي (Mal Epileptique) فان المريض يوشك على الاختناق بسبب الاضطرابات العصبية – التماعية المرافقة الفيزيولوجياً بسبب ابتلاع المريض لسانه. لهذا فان الخطوة العلاجية الاولى في هذه الحالات هي تأمين تنفس المريض.

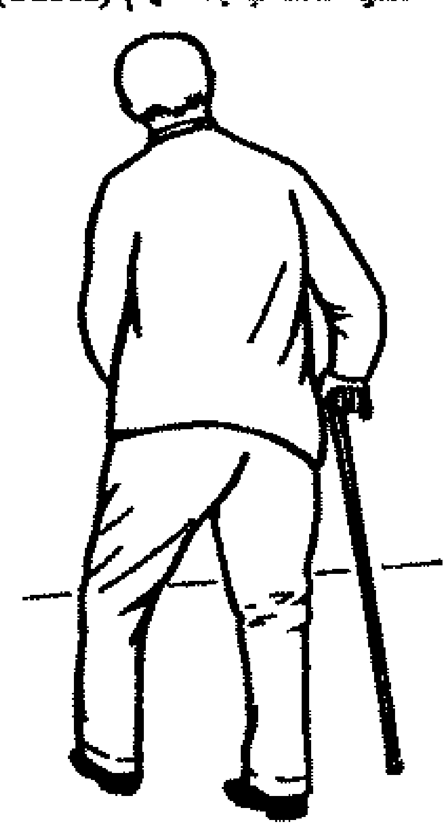
٢- يترافق الامتناع عن المخدرات بمظاهر الفطام (Sevrag) – للتعمق في هذا الموضوع انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ – فقرة المخدرات.



مشية المصاب بالـ سُهام (Tabès)



مشية المصاب بآفة عضلية.

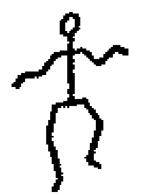


مشية المصاب بالشلل النصفي التشنجي.

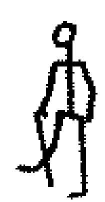


تمثل هذه الصورة أحد أكثر أنواع الشلل الهستيري شيوعاً وهو شلل العصب الـ حقوي (المعروف بعرق النسا) لاحظ كيف يجر المريض رجله المشلولة. وبالطبع فإن هذا الشلل يمكن أن يكون ناجماً عن إصابة عضوية حقيقية.

وفي النهاية نعرض هذا الجدول الذي يلخص مختلف المشيات المريضة

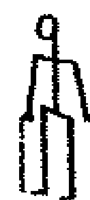


مشية المصاب بـ
الاختلاجات التشنجية

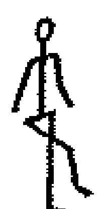


مشية المصاب
بالسُهام

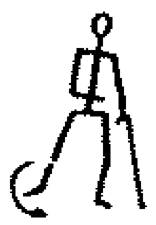
مشية المصاب
بالمخيخ



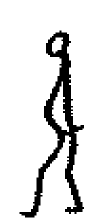
مشية المصاب بشلل
جزئي في قدميه



مشية المصاب بشلل
عرق النسا

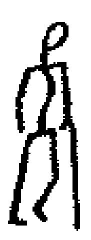


مشية المصاب بشلل
نصفي تشنجي

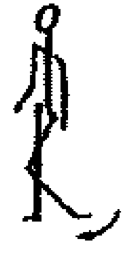


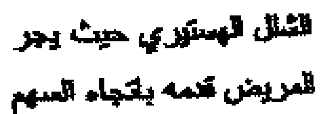
مشية المصاب بآفة
عضلية

مشية المصاب
بتشنج إلتوائي



المشي الأعرج وهو لدى المصاب بأوجاع
عرق النسا وغيرها من الأوجاع في قدميه





الشلل الهستيري حيث يجر
المريض قدمه بإتجاه السهم

٤- فحص الجهاز الهضمي:

ويهدف هذا الفحص الى تحديد أنواع العقاقير الواجب تجنبها في علاج المريض، وكذلك تحديد وجود اضطرابات نفسية – وظيفية في هذا الجهاز مثل القولون المتوتر (مرض كرون)، أو تحسس المعدة. وكذلك تحديد وجود أمراض هضمية ذات منشأ نفسي[٣].

٥- فحص القلب والأوعية الدموية:

في حال إصابة المريض النفسي بمرض قلبي فانه من الطبيعي أن نوجه العناية الرئيسية لمعالجة هذا المرض، وذلك قبل المباشرة بالتشخيص أو بالفحص النفسيين. أما إذا كان هذا المرض القلبي غير مؤثر، أو كان يحظى برعاية اختصاصية، بشكل يسمح للفاحص أن يقوم بفحصه فان المرض القلبي يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار سواء لجهة الفحص أو التشخيص او العلاج[٤].

٦- فحص الغدد الصماء:

ذلك ان اضطراب إفراز هذه الغدد يؤدي الى اضطراب التوازن الهورموني في الجسم. وهذا ممكن أن ينعكس من خلال تغيرات سلوكية عديدة تطرأ على شخصية المفحوص[٥].

٣- للتعمق انظر الأمراض النفسية وعلاجها – مرجع سابق الذكر.

٤- ان الاصابة بأمراض القلب تفترض حذر الفاحص وتيقظه. اذ تجب وقاية هذا المريض من الانفعالات العنيفة ومن الذكريات المؤلمة. كما ان هذه الاصابة تتعارض مع استعمال العديد من الادوية النفسية. أما عن الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطرابات القلب فسيأتي ذكرها في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٥- انظر فقرة الاضطرابات الغددية في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٧- فحص العين:

ونخصص له فقرة منفردة في هذا الفصل.

٢- دراسة العين

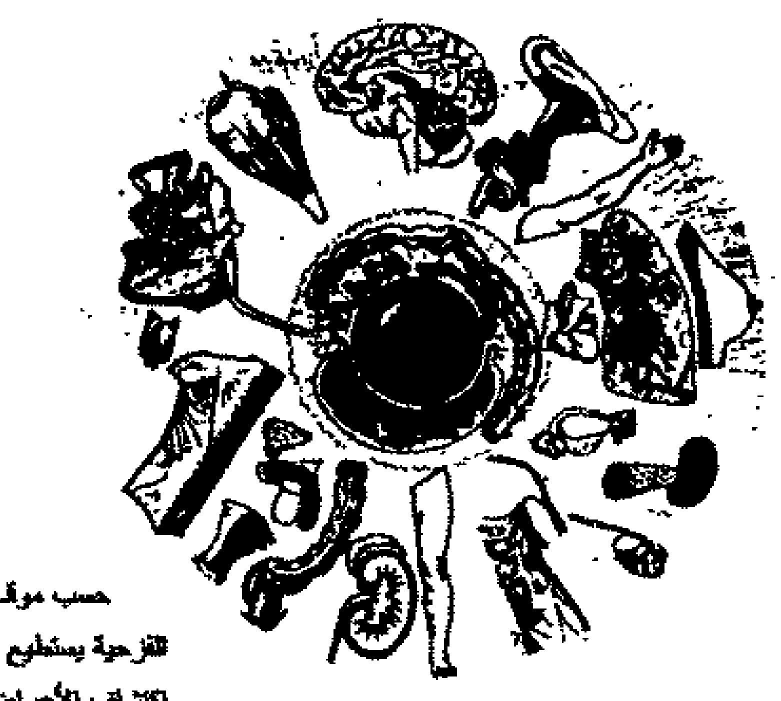
لم تعد العين مجرد نافذة نطل من خلالها على نفسية المفحوص، محاولين تحديد سلوكه من خلال لون العينين، كبرهما أو من خلال نظرته، بل تعدت (أي العين) ذلك لتصبح عنصراً رئيسياً من عناصر التشخيص المرضي وبشكل خاص في تشخيص الأمراض النفسية. وذلك بعد وضع أسس ما يسمى بـ علم دراسة القُزحية (Iridologie).

وحقيقة الأمر أن الربط بين اضطراب القزحية والحالة الجسدية لشخصٍ ما هي فكرة تعود في أساسها الى العام ١٨٧٠ حين لاحظ ايغنات بيشيلي Ignatz Peczely تغيرات واضطرابات في قزحية الحيوانات المصابة بجروح أو بمرض. كما لاحظ اختفاء هذه الاضطرابات لدى شفاءْ الحيوانات.

واليوم بعد دراسات مستفيضة في هذا المجال استطاع الباحثون أن يضعوا أسس علم الدراسة القزحية. وقسم هؤلاء الباحثون القزحية الى اثني عشر قسماً (مثل الساعة) بحيث يعكس كل قسم منها حالة واحد من أعضاء الجسم. وذلك وفق الصورة التالية:

وهكذا فان ملاحظة الفاحص لبقعة بيضاء في منطقة أحد الأعضاء تعني اصابة هذا العضو بمرضٍ ما. فإذا كانت هذه البقعة في مكان عقرب الساعة الثالثة فانها تعني وجود مرضٍ رئوي. أما اذا كانت البقعة مكان عقرب الساعة السابعة فهي تعني اصابة البروستات أو المبيض... الخ. على أن ما يهمنا في هذا المجال هو الدلالات النفسية لفحص القزحية هذه الدلالات التي يشرحها البروفسور جان كلود هودريه Jean Claude Houdret (رئيس المعهد الفرنسي لدراسة القزحية) قائلاً:

إن فحص القزحية وفق الرسوم الظاهر في محيط القزحية يستطيع اخصـائي دراسة قزحية العين أن يحدد العضو المصاب وأن يكتشف مختلف المظاهر المرضية فيه.



حسب موقع العلائم على القزحية يستطيع فاحص القزحية اكتشاف الأعراض المرضية.

لا يلغي الفحوصات والتحاليل الطبية التقليدية ولكنه أسهل منهـا، أبسط وأوفر. وفحص القزحية ممكن أن يسد ثغرة كبيرة في الأساليب التقليدية للفحوصـات الطبية فكثيراً مـا يأتينا مريض محمـلاً بملفات لا تنتهي مـن الفحوصـات تثبت انه سليم معافى. ومن الطبيعي ألا يقتنع المريض بهذه الفحوصات انحن لا نستطيع أن نقول للمريض بأنه معافى في حين يعاني هو من الآلام ويشعر فعلاً بأنه مريض.

ويتابع الدكتور هودريه: إن هؤلاء المرضى من التشنجيين (Spasmophylie) الذين يعانون اضطرابات نفسية – فيزيولوجية. فهؤلاء هم تلك الفئة من النـاس التي تركز قلقها النفسي على هذا العضو أو ذاك. الأمر الذي يتسبب بظهور اضطرابات وظيفية في هذا العضـو. ومـن هذه الأمراض النفسية – الوظيفية - (Psycho

(physiologique يذكر هوديريه حالات المغص، تقلصات المعدة، الشقيقة، صعوبات الهضم المؤلمة، الامساك، الاسهال، اضطرابات النوم... الخ.

وهذه الامراض تشخص بدقة بفحص القزحية البسيط في حين تفشل أكثر الآلات تطوراً في تشخيصها.

ولنستعرض الآن مبادئ فحص القزحية فنلاحظ:

١) إن اختلاف لون القزحية، من عينٍ لأخرى لدى ذات الشخص، يعني الضعف الجسدي (اذا لم يكن خُلقياً).

٢) اذا كانت القزحية مركزة، منتظمة ومشدودة. فانها تعكس صحة المفحوص الجسدية وبعده عن الأمراض النفسية. إلا أنها تعني أيضاً أن تعرض هذا الشخص للشدة (Stress) من شأنه ان يؤدي الى ارتفاع نسبة الدهون في الدم وكذلك فان هذا التعرض يؤدي الى احتمال اصابة المفحوص بأمراض الشرايين التاجية (احتشاء قلبي، ذبحة.... الخ) أي بأمراض القلب النفسية[٦].

٣) عندما نلاحظ تقطعاً في شاشة القزحية فان ذلك يعني اضطراباً وظيفياً متطوراً وحالة نفسية غير مستقرة.

٤) في حالات التخلف العقلي يظهر فحص القزحية اضطرابات مختلفة باختلاف وضع البؤبؤ بالنسبة لمركز القزحية. كالحول متحد الاتجاه، الحول المختلف الاتجاه، عدم تلون البؤبؤ، شلل النظرة (الجانبية بشكل خاص)، انحلال البقعة الصفراء في شبكية العين، إضافة الى الاضطرابات التي تنجم عن وهن العصب البصري.

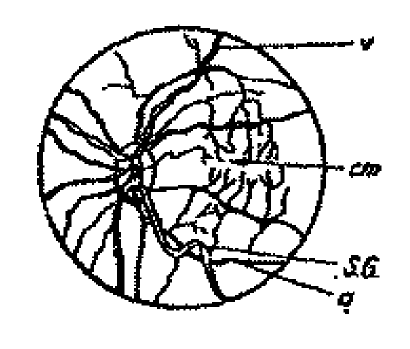
٦- أمراض القلب النفسية – مرجع سابق الذكر.

٥) في حالة النوبة شبيهة الباركنسونية نلاحظ ظهور حركات العين السريعة مصاحبة أولاً بألم العنق وميلانه. مما قد يوحي بتشخيص الهيستيريا إلا ان الحقيقة هي أن هذه المظاهر تدل على حالة تسمم بالمخمدات العصبية أو بالمخدرات.

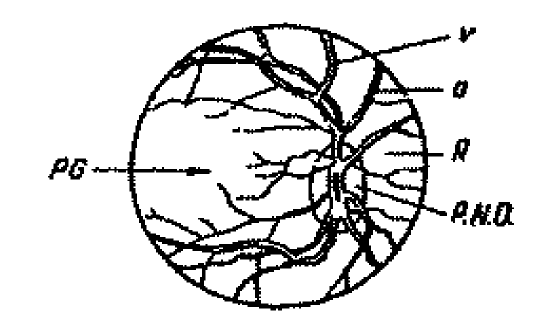
٦) العمى الهيستيري: حيث يلاحظ عدم وجود تغيرات عضوية أو في القزحية.

٧) إدمان الكحول والتدخين: نلاحظ نتائج الالتهاب التسممي للعصب البصري.

٨) ارتفاع الضغط: عندما يدخل هذا المرض في مرحلتيه الثالثة والرابعة فانه قد يصبح مصحوبا باضطرابات نفسية متنوعة. ففي هذه المراحل نلاحظ ظهور الاضطرابات التذكرية، ذبول القدرات الذهنية، اللامبالاة، عدم وعي المرضى واضطرابات نفسية متنوعة. وهذه الاضطرابات تتبدى في فحص قعر العين على النحو التالي:



صورة تمثل قعر العين المرضي لمريض مصاب بارتفاع الضغط الشرياني في مرحلته الثالثة.



صورة تمثل قعر العين الطبيعي

٣- الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية

وهذه الفحوصات لا يعمد الفاحص الى اجرائها ما لم يتأكد من ضرورتها. وفي حال توصل الفاحص الى نتيجة مفادها ضرورة إجراء هذه الفحوصات فان

المفحوص في هذه الحالة يصبح مريضاً بالمعنى الطبي ولذلك فإننا سنعمد لاستخدام كلمة المريض عوضاً عن المفحوص. وهذه الفحوصات هي التالية:

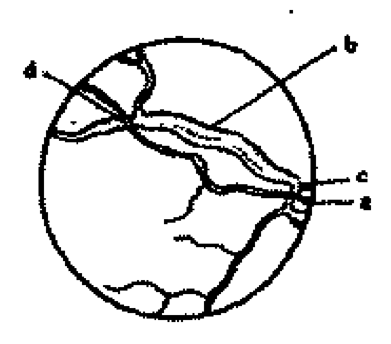
١- فحص العين:

مما تقدم رأينا الأهمية التي يتسم بها فحص العين. ولكن الفحوصات المخبرية للعين هي من عمل الأخصائي. ولذلك سنكتفي بسردها مع شرح بعض التفاصيل المتعلقة بها. وهذه الفحوصات هي:

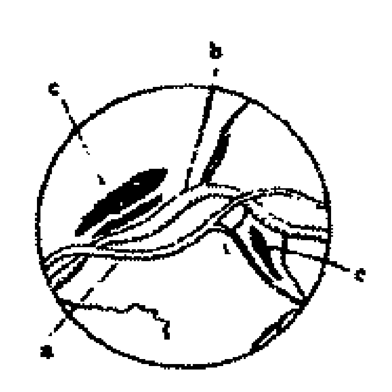
أ- Ophtalmodynamométrie: وهو كناية عن قياس ضغط الدم في الشريان الرئيسي للشبكية. هذا الضغط الذي يساوي في الحالات الطبيعية نصف ضغط الدم في الذراع. ومن خلال هذا الفحص نستطيع أن نتبين فعالية الدورة الدموية في الدماغ.

ب- فحص الحقل البصري.

ج- Ophtalmoscopie: ويتيح لنا هذا الفحص رؤية قعر العين بطريقة بسيطة وسهلة. ومن شأن هذا الفحص أن يساعدنا في تحديد عدد من الاصابات في أعصاب العين(Atrophie optique, Névrite optique etc...) وتعرض هنا بعض الصور المتعلقة بفحص العين.



صورة قعر عين مريض في حالة ارتفاع الضغط ويبدو فيها تقاطعان بين شريان العين ووريدها



صورة قعر عين نازفة. والنزيف حاصل على مستوى تقاطع الشريان (a) مع الوريد (b).

٢- فحص الأشعة العصبي:

وهذا الفحص يجري بعدة وسائل مخبرية يحددها الفاحص (الطبي العصبي) وهذه الوسائل هي:

أ- التصوير الشعاعي للجمجمة: وتساعدنا هذه الصور على تحديد وجود تشوهات في عظام الجمجمة سواءً أكانت هذه التشوهات خلقية أو ناجمة عن حوادث ورضوض.

ب- تصوير الأورام بالكومبيوتر (Tomographie Compiutérisée): ويفيدنا هذا الفحص في تحديد وجود أورام أو تشوهات دماغية.

ج- (Pneumo Encéphalographie): وتتلخص هذه الطريقة بتصوير المناطق الدماغية بعد سحب السائل الشوكي بإبرة خاصة ومن ثم الحقن التدريجي بالهواء مما يولد فراغاً يسهل عملية التصوير. ويجب الحذر في مثل هذه الفحوصات من ارتفاع ضغط الدم في الدماغ.

د- Angiographie Système Carotidien: وهذه الطريقة تستخدم حقن مادة الـ Contrast.

هـ- Scinyigraphie Cérébrale: التسجيل الشعاعي للدماغ. وتتلخص هذه الطريقة بتصوير توزع ايونات اليود والتيليوم المشع في الدماغ.

و- Encéphalocarotidograme: وهي عبارة عن ادخال غازات مشعة و(Interne) وذلك من طريق الحقن في الشريان الأبهر (Carotide). وهذه الطريقة تتيح لنا أن نقوم بالوقت ذاته بقياس الدورة الدموية في مختلف أنحاء الدماغ.

ز- التصوير الشعاعي المسجل (Radioscintigraphie): وهي تقنية تشبه التسجيل الشعاعي ولكنها تتم من طريق حقن الـ Radiotracteur مباشرة في السائل الشوكي.

كما أن هناك وسائل عديدة منها: التخطيط الدماغي بواسطة محبس لاقط - مرسل، التخطيط بالموجات ما فوق الصوتية، التخطيط الحراري... الخ. أما الوسيلة الاحدث فهي تصوير مناطق الدماغ بالرنين المغناطيسي (M.R.I. - Magnetic Resonance Imagining).

٣- تخطيط النشاط العضلي (Electromyograme).

وهذا التخطيط يتيح لنا تحديد كفاءة وتكامل الخيوط العصبية الحركية، الوصلات العصبية (Synapse) وكذلك اللوحات العصبية. وتخطيط النشاط العضلي يتيح لنا تحديد أمراض مثل الوهن العضلي، التهاب نهايات الأعصاب واضطراب التوصيل العصبي - العضلي. وهذه الطريقة مفيدة أيضاً في تشخيص زيادة افراز الدرقية (المستترة) والكزاز الكامن (Tétanie latente).

٤- التحاليل الكيميائية

إن أهم التحاليل الكيميائية المستخدمة في ميدان الفحص النفسي - العصبي هي تحاليل السائل الشوكي (L.C.R). وهذه التحاليل لا تجرى عادة ما لم تكن ضرورية للتشخيص. وهذا ما يحدث في حالات مثل التهاب السحايا - الأعصاب[٧] الناجم عن الزهري.

وفي الحالات الطبيعية يكون حجم السائل الشوكي موازياً لـ ١٤٠ ± ٣٠ مل لدى البالغ. و٨٠ - ١٢٠ مل لدى المراهق أما لدى الرضيع فهو لا يتجاوز الـ ٤٠ - ٦٠ مليليتر.

أما عن ضغط السائل الشوكي فيختلف باختلاف وضعية جسد المريض وباختلاف المنطقة التي نقيس فيها هذا الضغط. وفي الحالات الطبيعية يكون هذا

٧- انظر فقرة الالتهابات في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

الضغط في حدود الـ ٤٥ (سم^3 مياه) في وضعية الجلوس، في منطقة الفقرات القطنية ولدى البالغ. والسائل الشوكي يبدو صافياً، رقراقاً ولكنه ممكن أن يتعكر في أمراض عديدة. فهو:

أ- متعكر ويحتوي على القيح في حالات التهاب السحايا المترافقة بتحرك متعددات النواة.

ب- مائل للاحمرار ويحتوي على الدم في حالات النزيف.

ج- مائل للاخضرار وذلك في حالات نادرة منها التهاب السحايا الناجم عن المكورة الرئوية.

د- مائل للبني وذلك في حالات نادرة أيضاً. منها التهاب السحايا المصحوب بالنزيف وبالجراثيم اللاهوائية.

أما من حيث تحليل السائل الشوكي وتحديد الخلايا التي يحويها. فمن الملاحظ أن السائل الشوكي يحتوي على العناصر التالية:

أ- من صفر الى ثلاثة كريات لمفاوية (Lymphocyte) في كل مليمتر مكعب منه.

ب- الزلال (Albumine): وهذا الزلال إذا ما زادت نسبته عن ٠،٣غ بالألف وكان المريض مصاباً بارتفاع عدد الكريات اللمفاوية الى ١٠ فأكثر في المليمتر المكعب الواحد. فإن هذه الدلائل قد تشير الى التهاب السحايا الفيروسي أو الى بداية شلل الاطفال، أو الى ضربة الشمس.

ج- نسبة السكر في السائل الشوكي. ونعمد الى هذا التحليل في حال التهاب السحايا حيث ترتفع نسبة السكر إذا كان السبب فيروسياً أكثر من ارتفاعها اذا كان السبب بكتيرياً.

د- نسبة الكلور في السائل الشوكي. هذه النسبة التي تساوي ٧ –٧،٤ غرام بالألف في الحالات الطبيعية. فإذا ما تدنت هذه النسبة الى ما دون الـ٦ غ٪ كان ذلك علامة لالتهاب السحايا بسبب السل.

هـ- حامض اللبنيك (Acide lactique): ونسبته الطبيعية ١،٥ – ٢،٢ m Eq/ Litre وترتفع هذه النسبة في التهاب السحايا البكتيري.

و- الكحول الأثيلي (Alcool Éthylique): ويظهر في السائل الشوكي في حال التهاب السحايا الفطري.

٥- التخطيط الكهربائي للدماغ[٨]

يصر البعض على إعطاء هذا التخطيط أهمية قصوى. في حين يميل البعض الى الانتقاص من هذه الأهمية. وعلى أية حال فان هذا التخطيط هو وسيلتنا الوحيدة لتكون فكرة تقريبية عن النشاط الفيزيولوجي للدماغ. فهذا التخطيط لا يترجم سوى جزء من حيوية الدماغ الكهربائية. والتخطيط يترجم هذه الحيوية بشكل موجات من شأنها ان تساعدنا في التشخيص كما في تحديد المناطق الدماغية المصابة.

والحقيقة ان الموجات، التي يسجلها جهاز تخطيط الدماغ، تبدو في ظاهرها شديدة التعقيد وصعبة التفسير. ولكن هذه الصعوبة ليست سوى ظاهرية. ذلك أن قراءة هذا التخطيط تقتضي الخطوات التالية:

أ- تحديد مواصفات الموجات المسجلة من حيث شكلها، ترددها وسعتها (Amplitude).

ب- أن يعرف الفاحص الأشكال الطبيعية للموجات ألفا، بيتا، تيتا ودلتا التي تتناوب على الظهور في التخطيط الطبيعي.

وللتعرف على مواصفات هذه الموجات تمكن مراجعة الجدول التالي:

٨- محمد أحمد النابلسي: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

الوحدة	ألفا (&)	بيتا (B)	ثيتا (O)	دلتا (D)	
دورة في الثانية	٨-١٣	١٤-٣٠	٤-٧,٥	٠,٥ - ٥,٥	التردداد
ميكروفولت	١٠-١٠٠	٥-٣٠	٤٠-٧٠	٢٠-١٥٠	Amplitudeالسعة
النسبة المئوية	٢٠-٩٠٪	٢-٣٠٪	١٠-١٥٪	٠٪ (تغيب في العادة)	النسبة المئوية لكل موجة بالنسبة لمجموع الموجات
	أقواس	غير منتظمة وسريعة	أقواس عريضة	أحياناً قوسية وأحياناً متعددة الأشكال	شكل الموجة
	نعم	لا	نعم	لا	متزامنة
	نعم	لا	نعم	لا	متوازية
	المنطقة الخلفية من الدماغ	المنطقة الأمامية	المنطقة الصدغية	متغيرة	مكان اصدارها
	موجة غير متزامنة	لا تتغير	لا تتغير	معقدة	تهييج الدماغ بغيرها الى موجة

الفصل السادس

الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ

١- الاضطرابات الناجمة عن اضطرابات الأيض.

٢- الاضطرابات المصاحبة لامراض القلب.

٣- الاضطرابات المصاحبة للامراض العصبية التراجعية.

٤- الاضطرابات الناجمة عن الالتهابات.

٥- الاضطرابات المصاحبة للامراض الغددية.

٦- الاضطرابات الناجمة عن تشوه الصبغيات

٧- الاضطرابات الناجمة عن التسمم.

٨- اضطرابات الحمل والولادة.

٩- اضطرابات العمر.

١٠- الإضطرابات الدماغية.

لم تستطع الثنائية العزيزة على الفيلسوف الفرنسي ديكارت- الصمود في وجـه المظاهر العيادية المتشابكة الملاحظة لدى المرضى سواء أكانوا نفسيين أم جسديين. ولقد كانت بداية التراجع، لهذه النظرة الثنائية، على يد العالم جاسبرز (Jaspers) الذي أحيا الفكر الطبي التقليدي من خلال اصراره على ضرورة النظر في التسلسـل الزمني للاحداث، وفي عوامل نفسية محددة، بغية فهم العلاقـة السببية بين هذه العوامل وبين المرض الملاحظ عياديا والمتبدي بمظاهر نفسية وجسدية.

هذا وتشير معطيات الأدب الطبي الى أن علمـاء العرب كانوا الأوائل فـي التاريخ الإنساني من حيث تمثلهم المبدأ التجريبي والنظرية العضوية للامراض النفسية. فها هو ابن سينا يبرهن على دور الانفعال النفسي في حدوث الاختلال في التوازن الجسدي. وذلك من خلال تعريض الحمل لانفعال الخوف من الذئب لغاية وفاة الحمل بسبب استمرارية تعرضه للانفعال. كما ربط ابن سينا بين الانفعال العاطفي وبين زيادة نبض القلب من خلال علاجه للأمير العاشق. وتطول قائمة هذه الحالات لدى العلماء العرب مروراً بالرازي الذي استخدم الموسيقى كوسيلة علاجية وبالفكر الطبي الذي كان وراء بناء البيمارستانات وعزل المرضى النفسيين في أحد أقسامها مع احترام حقهم في المعاملة كمرضى وليس كأجساد تسكنها الأرواح ولا تبارحها الا من طريق ضرب المريض وتعذيبه.

إلا أن التطورات العلمية الحديثة تجعل معاصرينا ينظرون الى هذه المنطلقات الفذة على أنها من المنطلقات الطبية الفلسفية. ولكن دون أن يعني ذلك أنهم ينتقصون من قيمتها بل أنهم ينظرون اليها بما يليق بها من اجلال واحترام. وهم يستبدلونها بمعطيات تجريبية معاصرة تفيد من تقدم العلوم وقدرتها على التحديد الدقيق للعوامل المرضية (وإن كانت هذه الدقة لم تصل بعد الى المستوى المطلوب للاجابة على كافة هذه الاسئلة).

ان هذا التداخل بين النفسي والجسدي قد اعاد النظرة الكلية للانسان فلم يعد بالامكان تفتيت علوم الشفاء الى فروع متخصصة تعنى بالاجزاء وتهمل الكل. فالكلية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم. ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي الذي لم يعد قادراً على نهج المنهج الدينامي دون النظر الى احتمالات وجود خلفية عضوية للمظاهر النفسية المتبدية لدى طالب العلاج النفسي. فهذا الاهمال من شأنه ان يعقد الأمور وأن يسمح بتطور المرض وصولاً الى المرحلة التي يستحيل فيها تحقيق النتائج العلاجية الكافية. وعلى الاختصاصي النفسي ان يدرك تمام الإدراك أهمية التشخيص وواقعة ان التشخيص السيئ يقود الى العلاج غير المناسب مانعاً بذلك تحقيق النتائج. ومن طبيعة الأمور القول أن التشخيص الجيد لا يتحدد الا من خلال المتابعة الدقيقة للحالة بكافة جوانبها ومعطياتها.

ومن خلال التشخيص التفريقي الذي يعمل على التفريق بين مختلف الحالات المرضية التي يمكنها أن تملك بعض العلائم والمظاهر المرضية المشتركة. ولكي نكون أكثر وضوحاً فإننا نعطي بعض الأمثلة على ذلك.

الحالة الأولى:

مريضة (٢٩ عاماً) تتوجه الى العيادة النفسية طالبة المساعدة بسبب معاناتها من مظاهر نفسية ممكنة الادراج في خانة العصاب. مضافا اليها فقدان الدوافع ومنها الشهية الأمر الذي تسبب في نقص وزنها لغاية الهزال.

في هذه الحالة على المعالج النفسي ألا يحصر اهتمامه بالمظاهر العصابية وبتحديد الميول المرضية النفسية بل ان من واجبه ان يولي الاعراض الجسدية اهتمامه كي يتبين امكانيات عكسها لاضطرابات او لأمراض جسدية معينة. فنقص الوزن هذا قد يكون ناجماً عن امراض جسدية مثل زيادة افراز الدرقية او الاصابة

بالسل أو بأحد أنواع السرطانات... الخ والمريضة المشار اليها اعلاه كانت تعاني واقعاً من مرض السرطان.

الحالة الثانية:

طفل (٤ سنوات) يعرضه أهله على العيادة النفسية بسبب تباطؤ نموه الذهني. في هذه الحالة يتوجب على الاختصاصي النفسي أن يلغي احتمالات الاصابة العضوية قبل مباشرته أي نوع من أنواع العلاج النفسي وحتى قبل قيامه بتطبيق اختبارات الذكاء وغيرها.

ويظهر فحص هذا الطفل معاناته المظاهر التالية: تباطؤ نفسي- حركي مع تباطؤ نمو المهارات النفسية - الحركية ومظاهر تباطؤ النمو الذهني. أما على الصعيد الجسدي فنلاحظ المظاهر التالية: تورم الاغشية ويباسها والوجه مستدير وبدين ويوحي بالتباطؤ الذهني. واقتران هذه المظاهر يوحي باصابة الطفل بقصور افراز الدرقية وهذا ما اثبتته التحاليل المخبرية. وبهذا فقد تم علاجه بالهورمونات ليحصل على نتائج مقبولة وكافية.

ماذا كان ليحدث لو أن المعالج النفسي أهمل الناحية العضوية وعامل الطفل على أنه متخلف عقلياً (استناداً لتحديد درجة ذكائه اعتماداً على أحد اختبارات الذكاء؟)

في مثل هذه الحالة كان قصور الدرقية يتحول الى الازمان مما يفقدنا امكانيات علاجه بحيث يصبح العلاج الهورموني عاجزاً عن تعويض النواحي العقلية وناجحاً جزئياً في تعويض النواقص الجسدية.

الحالة الثالثة:

امرأة في الأربعين تعالج منذ سنوات من أجل المظاهر الرهابية التي تعانيها (خاصة رهاب الساح) ليتبين فيما بعد أنها تعاني من انسدال الصمام الميترالي

(Pro-lapsus Mitrale) وأنه هو المسؤول عن نوبات الاستنفار التي ولدت ارتكاس الخوف لدى هذه المريضة .

الحالة الرابعة:

رجل في الخامسة والثلاثين يعالج منذ سنوات من أجل حالة من الوساوس المرضية المقترنة مع الخوف من الموت. وهو قد امضى في البداية ثلاث سنوات متنقلاً من اختصاصي لآخر بحثاً عن أسباب الاضطرابات الجسدية التي يشعر بها. وكلما فشلت الفحوص في تحديد هذه الأسباب كانت وساوس المريض ومخاوفه تزداد حدة. ثم تم تحويله إلى العلاج النفسي ومن ثم عاد الى العيادة الطبية ليتم اكتشاف اسباب اضطرابه الجسدي وكانت ناجمة عن عدم استقرار جهازه العصبي النباتي.(Labilité Neuro-végétative).

أمام هذه الوقائع نجد أن من واجب الاختصاصي النفسي أن يكون ملماً بالأسس الاحيائية للسلوك وبفيزيولوجية هذه الأسس. وذلك كي يتمكن من النظر الى مرضاه نظرة كلية لا تفرق بين النفس والجسد. والواقع ان هذه النظرة الكلية قد تحولت اليوم الى اختصاص متفرد هو الطب النفسي او السيكوسوماتيك (وهذا الفرع يحتم على الاختصاصي ان يكون حائزاً شهادة الطب).

وهكذا فإننا ندعو الاختصاصي النفسي لاتخاذ موقف ادري [1](براغماتي) يساعده على تكوين هذه النظرة الكلية.

ويتلخص هذا الموقف بالتشخيص الذي تعتمده الجمعية الاميركية للطب النفسي والذي يتلخص باعتماد المحاور التالية.

١- التشخيص الطبي- العقلي بمعنى الكلمة.

---

١ - من حيث المبدأ فإننا نعارض هذا الأسلوب في الرؤية والتعامل مع الاضطراب النفسي ولكن هذا الأسلوب يحافظ بالقدر؛ على ضبط التشخيص خلال ممارسة المهنة (وخاصة بالنسبة لغير الأطباء).

٢- تحديد نمط الشخصية واضطراباتها.

٣- تشخيص الأمراض الجسدية المصاحبة للمظاهر النفسية.

٤- تقييم دور العوامل النفسية في نشوء الاضطراب.

٥- تقييم قدرة المريض على التكيف الاجتماعي.

وبما أن حديثنا يقتصر على موضوع الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ فإننا سنعمد فيما يلي الى عرض مجموعة من الجداول والصور التي تدعم الاختصاصي النفسي في تشخيصه للأمراض الجسدية التي تصاحب الاضطراب النفسي. وتحديداً تلك التي يمكنها أن تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب. وفي هذا المجال نعرض للاضطرابات الاحيائية التالية:

١- الاضطرابات العقلية الناجمة عن اضطرابات الايض.

٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية.

٤- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الالتهابات.

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغددية.

٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوه الصبغيات.

٧- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التسمم.

٨- اضطرابات الحمل والولادة.

٩- اضطرابات السمر.

١٠- الاضطرابات الدماغية.

١ - الاضطرابات الأيضية وأثرها في السلوك

ان تأثر السلوك والوعي بالاضطرابات الايضية ينبع من أثر هذه الاضطرابات على الخلية العصبية وذلك سواء على صعيد ايض الطاقة او على صعيد اضطراب

التوازن المائي- الكهربي. ويمكننا تعريف علائم هذه التغيرات استنادا الى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة التظاهر.
- تغيرات ايضية عامة مع مطاولة الايض الطاقوي و/ أو التوازن المائي الكهربي.
- قابلية الاضطرابات والمظاهر المرضية للتراجع والشفاء لدى إصلاح الخلل الأيضي.

الأشكال العيادية لاضطرابات الايض

وتختلف هذه الأشكال باختلاف نوعية الاضطراب الايضي. ويمكننا تصنيفها كما يلي:

- اضطرابات ناجمة عن نقص الفيتامينات.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية التنفس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية البنكرياس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية الكبد.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية الكلى.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لداء السكري.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لحالات نقص السكر.
- اضطرابات ناجمة عن البرفيرين (Porphirine).
- اضطرابات نفسية مميزة لمرض ويلسن.

ب- التطورات المرضية لاضطرابات الأيض:

ترتبط هذه التطورات بنوعية اضطراب الايض وبحدته وبمدى ازمانه خاصة وفي حال قابلية هذا الاضطراب للاصلاح فإن المظاهر النفسية هي السباقة في

التراجع والتحسن. وتقل احتمالات شفاء المظاهر النفسية كلما كان الاضطراب الايضي أكثر ازماناً (لانها تكون قد تكرست بشكل اشراطي).

ج- الفحوصات المخبرية والعيادية:

وتهدف هذه الفحوصات الى تحديد أسباب نشوء الاضطراب الأيضي. ويمكن لتخطيط الدماغ أن يقدم احياناً بعض المعطيات الداعمة للتشخيص. ولكن الفحص الاهم هو فحص فرز المكونات .

اما على الصعيد العيادي فيجب التركيز على الفحص الطبي- العصبي وعلى فحص قعر العين للتأكد من الانعكاسات الجسدية للاضطراب الايضي وعلاقته بالحالة النفسية.

فرز المكونات الملون (Chromatographie)وتطبق هذه التقنية لفرز المواد التي يحتويها بول المريض المصاب بالاضطراب الايضي.

وهذه التقنية اقل كلفة من شبيهاتها وهي تستطيع أن تدعم تشخيص اضطرابات ايضية عديدة مثل:

زيادة افراز الحوامض الامينية وال-Macroergique وال-Mucopolysacharide

وفيما يلي نعرض ملخص المظاهر الجسدية والنفسية والفحوصات المخبرية الداعمة لتشخيص الاضطراب الايضي.

١- أ جدول الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الايضية:

١-نقص فيتامين ب (١):

أ- مزمن - مرض بري بري)[٢]

ب- حاد "عطل دماغي من نوع فيرنيكية"[٣]

المظاهر النفسية: تناذر نوراستانيا[٤] ومظاهر قلق وانهيار وتناذر خبل[٥] يتحول بعد اعطاء الفيتامين ب (١) الى اضطراب ذاكري شبيه بتناذر كورساكوف[٦].

المظاهر الجسدية: عدم كفاية القلب مع ورام الاطراف ومظاهر عصبية (تنميل وشلل تشنجي بداية وارتخائي لاحقا) وانعدام التآزر وتشوش الرؤية.

الفحوصات المخبرية: قياس نسبة تركيز ال- ب (١) في المصل. ومدى تحمل الـPriuvat وقياس ال- Transketalase في الدم. وبطء موجات الدماغ.

٢- نقص فيتامين ب (٦):

المظاهر النفسية: نزق[٧] وتناذر خبل (يتراجع مع العلاج).

---

٢ - Beri Beri: مرض البري بري وينجم عن نقص فيتامينات "ب" غالباً بسبب سوء التغذية.

٣ - Erniche: فيرنيكيه وهو عطل دماغي يطال المساحات الثانية والثالثة للمنطقة الخلفية للفص الصدغي ومعادلاتها في الفص الجانبي. وهو يتجلى - بحبسة تتجلى بسوء الفهم وبغرابة الحديث.

٤ - Neurasthenie: النورستانيا او العياء وهو ضعف تحسسي مزمن للجهاز العصبي ينعكس بالتعب.

٥ - Confusion: الخبل وهو حالة من التباس الوعي التي تشبه حالة التخدير او السكر التسممي.

٦ - Sndr. Korsakov: ويتجلى باضطراب ذاكرة (اصلي - رجعي) تركز على فترة معينة. مما يؤدي الى انعدام توجه المريض في الزمان والمكان.

٧ - Irritabilite: النزق وهو حالة استثارة نفسي تتبدى بانفجارات غضب او فرح غير منتظرة.

المظاهر الجسدية: غير ملاحظة.

الفحوصات المخبرية: تكثر موجات دلتا في تخطيط الدماغ، وتزول بعد العلاج.

٣- نقص فيتامين ب-ب:

(الحامض النيكوتيني) ويعرف بمرض البلاغرا Pllagra.

المظاهر النفسية: تناذر نوراستانيا مع وساوس مرضية وانهيار قلق أحياناً، واضطراب التفكير والذاكرة. وفي الحالات الخطرة تناذر كورساكوف أو عته[٨] بطيء الاستقرار.

المظاهر الجسدية: اضطرابات معدية – معوية اضطرابات جلدية- مخاطية.

الفحوصات المخبرية: فحص الجهاز الهضمي الفحوصات الاخرى لا تظهر شيئا حاسماً.

٤- نقص فيتامين ب (١٢):

أ- قصور العامل المعدي الداخلي- يولد فقر دم من نوع بيرمير.

ب- أسباب اخرى.

المظاهر النفسية: انهيار ونعاس وانعدام التوتر، فقد الارادة وتناذر خبل (في حالات النقص الكبير). وانخفاض القدرات الذهنية ونادراً اضطرابات ذاكرة.

---

٨ - Demence: العته وهو حالة تعكس تلفاً دماغيا تدريجياً غير قابل للتراجع. ويبدي بانعدام التوجه في الزمان والمكان وفقدان الذاكرة وهذيان الارتيابي وهو عرض نفسي- حركي.

المظاهر الجسدية: تناذر فقر الدم وتناذرات هضمية فقدان الشهية والقيء واضطراب البلع) تناذر عصبي هرمي[٩] أو شبه خراعي (١٠) .

الفحوصات المخبرية: فقر دم من نوع بيرمير[١١] (Biermer) واختبار شيلنغ[١٢] ايجابي.

٥- نقص حامض الفوليك[١٣]:

(فقر دم نظير بيرمير) [١٤]

الفحوصات المخبرية: قياس الفولات Folate في الدم.

٦- عدم كفاية التنفس: Insuffisance Respiratoire (تسمم بثاني أوكسيد الكربون)

المظاهر النفسية: نزق مع ميل للحبور وسيلان الحديث واضطراب الوعي (من الخدر[١٥] ولغاية الخبل).

---

٩ – Pyramidale: هرمي- والتناذر الهرمي بالعكس على صعيد العضلات الارادية بحيث يزيد نشاط هذه العضلات ويتسبب بمظاهر شبيهة بالشلل .

١٠ـ Pseudo Tabetique : نظير الخراعي ـ والخراع أو السهام هو مطاولة إصابة السفلس المزمنة للدماغ والجهاز العصبي . وهو يتظاهر بعلائم عصبية محددة ومشية خاصة .

١١ – Anemie Biermer: وهو فقر الدم الناجم عن قصور العامل المعدي الداخلي Facteur Intrinseque ويتجلى بكبر حجم الكريات الحمر وانخفاض عددها وزيادة عدد الكريات البيضاء وزيادة سرعة ترسب الدم.

١٢ – Test Shilling: هو اختبار حيوي خاص بالفيتامين ب (١٢).

١٣ – Acide Folique حامض الفوليك وهو يلعب دوراً هاماً في الأيض العصبي. وهو يستخدم حالياً مضافاً الى المهدئات العظمى لانه يدعم مفعولها.

١٤ – Pseudo - Beirmer: فقر دم نظير بيرير.

١٥ – Obnubilation: هو اضطراب كمي في حجم ولي وضوح الوعي (يدعى دخان الوعي) مما يؤثر في فعالية القوى الادراكية. وهو يتراوح في حدته من حالة لاخرى ويتطور نحو الذهول.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف واضطراب الرؤية وعلائم تسممية). مع عثرة التنفس والازرقاق.

الفحوصات المخبرية: قياس نسبة غاز ثاني أوكسيد الكربون والاوكسيجين في الدم. مع قياس وظائف الرئة.

٧- عدم كفاية البنكرياس: Insuffisance Pancreatique

المظاهر النفسية: حالات هياج قلقي واضطرابات وعي (حالات التباس وعي أو نوامية) تشبه حالات الذهان الارتعاشي.

المظاهر الجسدية: آلام معدية حادة (بعد الطعام أو بعد تناول الكحول) مع غثيان وقيء وتنشي وأحيانا حالة صدمة مع أو بدون فقدان الوعي.

الفحوصات المخبرية: تلاحظ زيادة الـ- اميلاز وليباز والسكر والكريات البيضاء مع نقص الكلس.

٨- عدم كفاية الكبد: Insuffisance Hepatique

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة الى الحادة). مع وهن نفسي - جسدي وذهول خبلي - نوامي وفقد الارادة.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف، نوبات شبه صرعية وتناذر هرمي- خارجي) مع تسارع النبض وزيادة التعرض واضطرابات هضمية دون اليرقان وأحيانا تضخم الكبد والطحال.

الفحوصات المخبرية: موجات دلتا ونقص البروتين والكولوستيرول ووقت كوينك وB.P.S وارتفاع الـ- [١٦].

---

١٦ -G.P.T/ G.O.T: هي خمائر تنبئ عن وظيفة الكبد وتعني مستوياتها لا دلالة له اما ارتفاعها (من ٢ الى ٢٠ مرة) فانه يشير اما الى التهاب الكبد واما الى وجود تنبعة البية.

و V.S.H و ؛ CDSO وG.O.T وG.P.T والفوسفاتاز القلوي.

٩- عدم كفاية الكلى: Insuffisance Renale

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة الى المتطورة) وفقد الارادة وخبل هيجاني أو فقدان وعي جزئي.

المظاهر الجسدية: فقدان الشهية، غثيان، قيء اسهال، دم في البراز وعثرة التنفس وتسارعه. وسعال مع قشع وارتفاع الضغط وعدم كفاية القلب والتهاب غشائه مع تناذر فقر دم وحكاك وورم وعلائم عصبية (ارتجاف، ارتعاش عضلي ونوبات شبه صرعية).

الفحوصات المخبرية: انحباس البول والكرياتينين[١٧] مع ميل الدم نحو الحموضة (ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الصوديوم).

١٠- زيادة السكر في الدم: (داء السكري) Diabete

المظاهر النفسية: تناذر نفسي- عضوي واضطرابات وعي[١٨] تستقر تدريجياً مع ازمان المرض وصولاً الى افقدان الوعي.

المظاهر الجسدية: زيادة الشرب والتبول واضطرابات عصبية تستقر تدريجياً مع تقدم المرض.

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسبة السكر في الدم. وجود السكر في البول.

---

١٧ - Creatinine: مادة ناجمة عن ايض الكرياتين، ونسبتها في الدم ثابتة (٨- ١٨ مغ/ ليتر) وهي تعطينا معلومات عن وظيفة الكلية، وتنخفض في حالات قصور الكلية.

١٨ - Sydr. Psycho- Organique التناذر النفسي- العضوي - وهو تناذر تتظاهر خلاله المظاهر النفسية المتفرعة بسبب وجود اختلال عضوي (اما بسبب المسممات مثلاً أو بسبب اصابة عضوية مباشرة).

١١- نقص السكر في الدم: Hypoglycemie

المظاهر النفسية: تعب ونزق ومظاهر قلق تتبدى على شكل نوبات خفيفة مع هياج واضطرابات وعي يمكن أن تصل الى حدود فقدانه.

المظاهر الجسدية: علائم بسيطة (ارتجاف، تعرق تسارع نبض، علائم متطورة (تشنجات عضلية علائم بابينسكي[١٩] وفقدان وعي كلي).

الفحوصات المخبرية: تنخفض نسبة السكر في الدم الى ما دون ٥٠ مغ٪.

١٢- البرفيرية: Porphyrine

المظاهر النفسية: نزق مع نوبات بكاء وقلق وأرق وهجاس المرض وتناذر خبل أو نوام وحالات انهيارية.

المظاهر الجسدية: اضطرابات هضمية (آلام البطن الحادة وغثيان وقيء وامساك). اضطرابات عصبية محيطية (غياب الارتكاسات وتراجع نمو العضلات وتنميل الاطراف واوجاع عضلية حادة - يمكن لهذه العلائم ان تتأخر أو أن تغيب).

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسب الـ Porphobilinogene والـ Alpha Acide Aminolevulinic.

١٣- مرض ويلسون: Wilson (تراجع وتدمير خلايا الكبد)

المظاهر النفسية: تناذر نوراستانيا تغيرات عاطفية مهيمنة نادراً فترات هذيانية وتراجع القدرات الذهنية.

المظاهر الجسدية: تضخم الكبد- الطحال واضطرابات عصبية بدءاً من الهرمية الخارجية[٢٠] وانتهاء بنوبات صرع من نوع جاكسون[٢١] والشلل النصفي.

---

١٩ - Signes Extrapyramidales: علامة بابينسكي.

٢٠ - Epilepsie Extrapyramidales: علائم خارج هرمية.

٢١ - Epilepsie Jachson: صرع جاكسون- وتبدأ نوبته على جانب واحد من الجسم ويمكنها ان تمتد لتصبح معممة.

الفحوصات المخبرية: وجود حوامض أمينية في البول مع بروتيين وسكر. انخفاض نسبة النحاس في الدم. فحص العين يظهر خاتم القرنية Kayser Feischre - خزعة الكبد.

١- ب الاضطرابات الأيضية الولادية:

لفتت أعطال الأيض المرافقة للطفل منذ ولادته أنظار الباحث غارود (Garrod). وما لبثت أن استقطبت اهتمام العلماء والأطباء المهتمين بأمراض الطفولة وبخاصة العقلية منها. وتعتمد دراسة هذه الأعطال على التعرف على آليات الأيض بهدف تحديد الأمراضية المؤدية الى هذه الأعطال ولتعقيداتها وبخاصة على الصعيد العقلي.

هذا وتصنف اعطال الأيض الولادية على النحو التالي:

أ- اضطرابات ايض البروبيونات (Metabolisme Propoinate):

١- حموضة الدم البربيونيسة والميتيل مالونيسة.(Acidemie Propionique et Methylmalonique) وتبدى منذ الولادة بالتقيؤ القاسي الذي لا يحده ابدال حليب الأم بالحليب الصناعي. مما يؤدي الى تراجع وزن الطفل والى زيادة بالغة في حموضة الدم. الأمر الذي يؤدي بالطفل الى الدخول في حالة غيبوبة عميقة.

وفي حال تخطي الطفل لهذه المرحلة فإنه يتابع نموه مع احتمالات ظهور اضطرابات دموية لديه (خاصة في عمر ٦ - ١٢ شهراً حيث تظهر لديه حالات سيلان الدم). ثم لا يلبث أن ينمو مع تطور مرض تكلس العظام (ومن هنا كسور عظامه المتكررة).

إن العلاج المبكر والحاسم لهذه الحالة من شأنه أن يجنب الطفل المعاناة العقلية بحيث ينمو طبيعيا من الناحية العقلية والذكائية. أما في حالات خلل العلاج أو انعدامه فإن هذا الطفل يصبح متخلفاً عقليا أو هو يموت مبكراً.

٢- نقص الكاربوكسيلاز المتعدد: Dificit multiple de Carboxilase

وينجم عن اضطراب أيض البيوتين (Biotine). ويتبدى هذا الاضطراب من خلال مظاهر جلدية (طفح جلدي ذو لون أحمر فاقع وقابل للتقيح). ويمكن لهذا النقص أن يترافق مع حموضة الدم (انظر الفقرة السابقة).

٣- زيادة تركيز الأمونياك في الدم. (Hyperamoniemie)

المواليد الذكور المصابون بهذا العطل يموتون غالبا عقب الولادة. أما الاناث فيعشن لتظهر لديهن مظاهر التخلف العقلي.

٤- ظهور الفنتيل- سيتون في البول:

(Phenyl -ketone- Urie/ .P.K.U)

وينجم عن عدم قدرة الجسم على تحويل الفينول الانين الى تيروزين. والطفل المعاني لهذا الاضطراب يتحول الى الإعاقة العقلية القاسية في حال عدم علاجه.

٥- ظهور الهوموسيستين في البول: (Hgmocystin Urie)

ويرتكز هذا الاضطراب الى عجز الجسم عن أيض الفيتامين ب(١٢). مما يمكنه أن يؤدي الى موت الطفل المبكر. وفي حال نجاة الطفل فان اهمال علاجه يمكنه ان يؤدي الى اضطراب انسجته الضامة المتعقد مع جلطات وعائية- دموية. مع ما تحت الانخلاع البلوري (لدى الولادة او لاحقاً) واحياناً يبدأ بظهور المياه الزرقاء او المياه السوداء في العين او هو يبدأ بانفصال الشبكية.

وبسبب الجلطات الدموية يمكن لهذا الطفل أن يموت نتيجة انسداد شرياني على صعيد الدماغ او الرئة او الكلية او الاوردة. كما ان هذا الطفل يملك قدماً مسطحة.

والتخلف العقلي ليس قاعدة في هذه الحالات. وفي حال ظهوره فإنه يستقر بصورة تدريجية ويبدو انه ناجم عن الجلطات الدماغية الصغيرة والمتكررة التي تصيب هذا المريض.

٦- مرض ليش نيهان (Lesch - Nyhan).

ويرتبط هذا المرض بعطل في الصبغية س (كروموزوم X). وهو يصيب الذكور. ويمكن للمريض أن يولد وأن ينمو بشكل طبيعي لغاية بلوغه سن ٦- ١٨ شهراً.

اولى بوادر المرض ظهور كميات من بلورات الحامض البولي في بول الطفل (على شكل رمل). ويمكن أن يعاني الطفل في أيامه الأولى من حصى الكلية او من البول الدامي. ثم تبدأ علائم المرض بالاستقرار تدريجياً. فإذا ما استقرت فإن الطفل يعجز عن الجلوس وعن المحافظة على وضعية رأسه العادية بدون مساعدة (وقدرة الطفل على التنقل تستبعد هذا التشخيص) وفي هذه الحالات يكون التخلف العقلي قاعدة. ومن مظاهره ميل الطفل لإيلام نفسه بحيث يشوه جلده في منطقة الفم والاصابع (انظر الصورة). كما تتبدى لديه العدوانية نحو الآخر ونحو ذاته. وغالبا ما يعجز عن النطق الصحيح واذا ما نطق فإن حديثه يكون عدوانياً.

ب- اضطرابات الايض التخزينية:

أ- اضطراب عديد السكر المخاطي (Mucopolysaccaridose):

ومن أنواعه تناذر هيرلير (Hurler) ويبدأ المرض بالتظاهر من خلال الفتق الأربي والتهاب الأنف المزمن. ومنذ السنة الاولى من عمره تبدأ ملامح هذا الطفل بالتضخم مع تضخم اللثة. أما على صعيد العين فإنها تصاب بتكثيف القرنية لغاية فقدان البصر. اما على الصعيد العقلي فإن العمر العقلي لهؤلاء الأطفال لا يتجاوز عمر السنتين.

ومن أنوع هذا الاضطراب نذكر أيضا تناذر هانتر وهو مرتبط بخلل في الصبغية س (كروموزوم X) ينتقل بشكل متنح، وهو أقل حدة من سابقه هيرلير.

٢- مرض موروكيو- برايلسفورد (Moroquio . Brailsford)

وهو ناجم عن الافراز المبالغ للكيراتوسيلفات (Keratosulfate) في البول، وهو يتظاهر ببطء النمو الجسدي وتضخم الفك وتكثف القرنية وتشوهات في هيكل الجسم (جذع بشكل برميل او رقبة قصيرة أو ركبة معوجة... الخ) والمرض وراثي متنحي.

٣- تناذر سان فيليبو (San Filippo).

ويشبه هذا الطفل ذلك المصاب بتناذر هيرلر (انظر الصورة) ولكن التشوهات تكون أقل حدة. أما التخلف العقلي فإنه يكون مماثلاً في الحدة. أما عن العلائم الدقيقة لهذا التناذر فنجملها على النحو الآتي:

١) تعابير الوجه متضخمة.
٢) تكثف القرنية.
٣) ضعف السمع.
٤) فتحات المنخرين عريضة.
٥) فم مفتوح مع لسان وشفاه متضخمة
٦) المفاصل غير متحركة.
٧) راحة اليد والأصابع على شكل مخالب.
٨) تضخم كبد - طحال محتمل.

(ب) الاضطرابات القلبية - الوعائية وأثرها في السلوك:

تترافق اضطرابات القلب والشرايين مع مظاهر عقلية متنوعة تتراوح بين المظاهر العصابية وبين المظاهر الذهانية مروراً بالتأثير في وعي المريض. ويمكننا تعريف هذه العلائم استناداً الى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية بدرجات مختلفة.

- تزامن هذه الاضطرابات النفسية مع الأمراض القلبية - الوعائية.

الأشكال العيادية للاضطرابات القلبية:

من بين الاضطرابات القلبية الوعائية المؤثرة في السلوك سنناقش التالية:

- عدم كفاية القلب المعاوضة (خلل صملم أو مرض عضلة القلب).
- الأحشاء القلبي.
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.
- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر.

التطورات المرضية:

إن تطور الاضطراب النفسي، المرافق لهذه الحالات، يرتبط مباشرة بتطور الحالة التي سببتها. إذ تزداد الاضطرابات النفسية أثناء نوبات المرض وأثناء فترات تحوله من معاوض إلى لا معاوض. كما أنها تزداد بازدياد حدة أعراض المرض. وهكذا فإن تطور هذه الحالات النفسية يرتبط مباشرة بعاملين. أولهما مدى تطور المرض وثانيهما الأثر الجسدي الذي يخلفه المرض. وخاصة على صعيد القلب والدماغ.

٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرايين

١- عدم كفاية القلب المعاوضة Insuffisance Cardiaque Compensee.

المظاهر النفسية:قلق واضطراب ليلي أرق وأحلام مزعجة تشييق أفق الوعي فترات خبل وهذيان وأحياناً محاولات انتحار .

المظاهر الجسدية العامة : ـ عثرة التنفس لدى (الجهد) سعال ناشف .

ـ تنفس من نوع كين ـ ستوك .

- احباس البول وتضخم القلب والكبد مع أزرقاق ومع أنتفاخ الأوردة .

الفحوصات المخبرية : - أشعة القلب (تشخم حموضة الدم) .

- تغير في نسبة المستون .

- تغيرات في أيض الكبد والكلى .

٢ - الإحشاء القلبي **Infarctus Myocardic**

المظاهر النفسية : • المرحلة الحادة : قلب بالغ مع خوف من الموت وهياج أو خمود نفس حركي. وفي ٢٠٪ من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان.

• مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد مع انهيار ثم فترة استعادة التوازن. وخلالها: وهن نفسي- حركي مظاهر انهيارية، انخفاض الذاكرة والانتباه، موجات بكاء.

المظاهر الجسدية العامة: آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكنها أن تمتد الى الظهر أو الى اليد اليسرى. مع غثيان وقيء ووهن وشحوب وتعرق بارد وازرقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض وغموض صوت دقاته وحرارة (٣٨,٥ درجة).

الفحوصات المخبرية:- تكاثر الخلايا البيضاء.

- تسارع ترسب الدم ثم نقصه بعد النوبة.

- زيادة السكر.

- زيادة الـ T.G.O.

٣- ارتفاع ضغط الدم الشرياني: **H.T.A.**

المظاهر النفسية:- وهن نفسي - جسدي نزق وتراوح المزاج مع مظاهر القلق والانهيار وارق.

- فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات "Marchend").

- انخفاض القدرة الهوامية.

المظاهر الجسدية العامة: - خفقان القلب وعثرة التنفس وآلام في منطقة القلب.

- تضخم القلب (المرحلة ٢ وما بعد).

- صداع ودوار.

الفحوصات المخبرية: - فحص اشعة لتبين اتساع الشريان الأورطي الصاعد؟؟

- تخطيط القلب.

- فحص قعر العين.

٤- عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط:

المظاهر النفسية: صداع حاد ونوبات تشنجية.- صرعية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الاطراف ومظاهر انهيارية.

المظاهر الجسدية العامة: ضغط شرياني انقباضي اكثر من ١٤.

الفحوصات المخبرية:

- فحص قعر العين

- علائم عدم كفاية القلب والكلي.

٥- تصلب الشرايين الدماغي المنتشر

المظاهر النفسية:صداع، وهن، دوار، اضطراب الرؤية، تنميل الأطراف، أرق نزق، تراوح المزاج، ميل لانهيار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهاني وحالات هوس.

المظاهر الجسدية العامة: يمكن أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من (١١)، علائم عدم كفاية القلب، أعطال عصبية محدودة (الا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي- وفي هذه الحالة تظهر النوبات الصرعية).

الفحوصات المخبرية:- تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشريان الأورطي).

- فحص قعر العين وتظهر فيه علامة Sallus - Gunn.

٦- تصلب الشرايين الدماغي المنتشر مع تراجع عقلي- احيائي.

المظاهر النفسية: - تراجع عقلي (تناذر شبيه البسيلي).

- عدم القدرة على الحفظ، انعدام التوجه الزمني والتعرف الخاطئ، هذيان الاراجيف، تراجع عقلي- دماغي هام.

المظاهر الجسدية العامة: اضطرابات عصبية متنوعة (مظاهر شلل، حركات ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، انعدام القدرة على التعبير من خلال الوجه، انعدام القدرة على تساوج الصوت، اضطراب المشية، سلس البول عدم التحكم بالبراز.. الخ.

الفحوصات المخبرية: مثل سابقه.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للامراض العصبية التراجعية:

ان الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض العصبية هي اضطرابات جديرة بالدراسة والملاحظة. ومن الخطأ اعتبار الأولى كنتيجة حتمية للثانية. ذلك ان الناس لا يستجيبون بطريقة واحدة أمام الإصابات العصبية.

فالحادث الدماغي عينه يمكنه أن يؤدي الى شلل شخص والى اضطراب الوعي لدى شخص آخر. بل ان إصابة الشلل (او اضطراب الوعي) يمكنها ان تتراجع لدى شخص وان تستقر لدى آخر.

وهكذا فإن ما يجمع الأمراض العصبية مع المظاهر النفسية المرافقة لها هو كون الاثنين يسيران نحو الأسوأ (لأن الأمراض العصبية هي أمراض تميل نحو التعقيد مع أزمانها).

ويمكننا تعريف علائم هذه الاضطرابات النفسية انطلاقاً من النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية غير نوعية.
- اضطرابات عصبية مرافقة.
- فحوصات نظيرة العيادية (نوعية- تدعم التشخيص).
- التطور نحو التلف.

ج- الأشكال العيادية للأمراض العصبية التراجعية:

- الشلل الرعاشي Maladie Parkinson
- تصلب الرقائق Sclerose en plaques.
- زفن هونتينغتون Corrhee Huntington.
- استسقاء الرأس (مع ضغط طبيعي) Hydrocephalie.
- مرض جاكوب كروتزفيلد. Maladie Jakob- Greutzfeldt.

التطورات المرضية:

تؤدي هذه الأمراض الى دفع المريض نحو النكوص العميق في ماضيه. وهذا أمر يؤثر في تكامل الشخصية ويساهم في انعدام توازنها. وخاصة لجهة تنامي الاتكالية مع الشعور بالعجز الذي يغذي مشاعر الاضطهاد والشك لدى المريض.

الفحوصات المخبرية:

ان هذه الامراض تحتاج إلى فحوصات عيادية ونظيرة العيادية الدقيقة. والفحوصات المطلوبة لتأكيد تشخيص هذه الأمراض هي الفحص الطبي- العصبي والطبي النفسي العياديان. اضافة الى تخطيط الدماغ وفحص السائل الشوكي وقعر العين إضافة الى الفحوصات الحديثة المساعدة على التشخيص.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية

١- مرض باركينسون Parkinson أو الشلل الرعاشي.

المظاهر النفسية: - اضطرابات عصبية مع مظاهر انهيارية ونزق.

- علائم اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل أناني بالغ).
- اضطرابات عتهية تتطور تدريجياً على أساس الحبور.
- اضطرابات ذهانية- انهيارية أو هذيانية (نادرة).

المظاهر الجسدية العامة: - انخفاض الحركة.

- زيادة نشاط العضلات
- الارتعاش المميز الشل الرعاشي.

الفحوصات: - انخفاض أيضيات الأمينات الدماغية الأحادية.

- في ٤٠٪ من الحالات تظهر موجات تيتا في التخطيط الدماغي.
- تخطيط العضلات يظهر نشاطاً عضلياً فائقاً.

٢- نشاف الفقرات العصبية Leuconevraxite او تصلب الرقائق Sclerose en Plaque.

المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الحبور الى الكآبة) - انهيار (رد فعلي أمام المرض).

- اضطراب الشخصية: مظاهر هيستيرية وانطوائية.
- اضطرابات من نوع العته.
- اضطرابات ذهانية (نادرة ومستترة خلف العوارض السابقة).

المظاهر الجسدية العامة: - تناذر عصبي هرمي.

- تناذر مخيخي.
- دوار.
- تشوش الرؤية.

الفحوصات: – ارتفاع نسب الـ الفاوغاما غلوبيلين.

– فحص قعر العين (انقلاع وحادث شرياني حول الشبكية).

– تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي.

– تخطيط الدماغ (غير محدد).

٣– زفن هوتينغتون Hutington Corrhee.

المظاهر النفسية: – اضطرابات مزاجية.

– اضطراب الذاكرة والانتباه تتطور تدريجياً.

– اضطراب العته (نادر).

– اضطرابات ذهانية (هذيانية أو إنهيارية).

المظاهر الجسدية العامة: – حركات ارتجافية.

– انخفاض النشاط العضلي.

– ارتكاسات المفاصل مرتفعة.

الفحوصات: – تخطيط الدماغ (غياب او شبه غياب لموجات ألفا).

– تخطيط العضلات (موجات غير منتظمة).

٤– استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للسائل الشوكي: Hydrocephalie

المظاهر النفسية: – تناقص الذاكرة بشكل تدريجي وصولاً الى تناذر كورساكوف.

– انهيار.

– فقر الحياة النفسية.

– تناذر تخشبي في الحالات المتطورة.

المظاهر الجسدية العامة:

– اضطراب المشية.

– شلل الأطراف التشنجي.

- سلس البول.
- تشوش الرؤية.
- ارتكاسات الرضاعة والتسلق تكون منخفضة.

الفحوصات: - تخطيط الدماغ يظهر موجات تيتا ودلتا.

- تمدد البطينات الدماغية (R.M.I) ويؤكده فحص الـ Cisternographie.

٥-مرض جاكوب - كروتزفيلد. Jachob- Creutzfeldt.

المظاهر النفسية: - في البداية تناذر نورلستانيا مع مظاهر القلق والانهيار.

- مظاهر فصامية.
- لاحقاً يتطور المرض نحو الاختلال العقلي العام والعته مع بكم.

المظاهر الجسدية العامة: - تناذر هرمي خارجي.

- اضطراب الأعصاب الجمجمية.
- تشوهات المفاصل.
- صعوبة المشي نتيجة اصابة المخيخ (إرتجافات مقصودة).

الفحوصات: - تخطيط الدماغ: موجات منخفضة عشوائية وبطيئة منخفضة عشوائية وبطيئة رأسية.

- الشلل الشوكي: زيادة نسبة البروتينات.
- تراجع نحو اللحاء واستسقاء جانبي في بطين واحد (R.M.I).

٤- الاضطرابات العقلية المصاحبة للإلتهابات:

تتنوع الاضطرابات النفسية، المرافقة للأمراض الالتهابية، تنوعا كبيراً. ويمكن لهذه الاضطرابات أن تسبق الالتهاب أو ترافقه أو تأتي بعده.

والواقع أن علم المناعة النفسية قد توصل اليوم إلى إرساء وتبيان العلائق بين الحالة النفسية للشخص (وانعكاساتها الفيزيولوجية) وبين قابليته للإصابة بالالتهابات.

هذا ويمكننا تحري هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

– اضطرابات نفسية متنوعة المظاهر.

– علائم المرض الالتهابي.

– الفحوصات التي تثبت وجود الإلتهاب.

الأشكال العيادية للألتهابات:

من الالتهابات المؤثرة في التوازن النفسي للمريض اخترنا الكلام على:

- ذات الرئة الحاد.
- الزكام (الجريب).
- التهاب الكبد الفيروسي الحاد.
- الحمى المالطية.
- السل.
- الملاريا.

التطورات المرضية:

ترتبط حدة الاضطرابات النفسية ومستقبلها بالحالة الالتهابية. إذ تختفي هذه الاضطرابات مع شفاء المريض. ولكن يجب ألا يغيب عن بالنا إمكانية تسبب بعض الالتهابات الخطيرة (السل، ذات الرئة الحاد) في تفجير العصاب الصدمي والوساوس المرضية لدى بعض المرضى.

الفحوصات العيادية والمخبرية:

- الفحوصات المعتادة.
- أشعة الصدر.
- فحص القشع.
- الفحوصات المناعية.
- زراعة البول والبراز.

٤- الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات.

١- التهابات ذات الرئة الحاد Pneumonie Aigue infectieuse

المظاهر النفسية:

- تناذر خبل.
- في الحالات المتطورة يظهر الهذيان الناجم عن ارتفاع الحرارة.
- وساوس مرضية (نادرة).

المظاهر الجسدية العامة:

- ارتعاش مع برودة
- حرارة
- آلام صدرية.
- سعال.
- علائم التركيز الرئوي.

الفحوصات:

- أشعة الصدر.
- زيادة الكريات البيضاء (وخاصة متعددة النواة).
- زيادة ترسب الدم. - فحص القشع.

٢- الزكام (نزلة وافدة) Grippe.

المظاهر النفسية: - تعقيد الاضطرابات العقلية وتشجيع ظهور انتكاساتها.

- تناذر انعدام التآزر والنشاط.
- تناذر خبل لدى الأطفال والشيوخ).
- تناذر نوراستانيا (أثناء فترة النقاهة) وعلائم انهيارية.

المظاهر الجسدية العامة: - الحرارة.

- الصداع.

-سيلان الأنف والحنجرة.

- سعال نزق.

الفحوصات: - صورة الصدر تظهر ترشحا عابرا.

- زيادة مضادات الأجسام (٤ أضعاف).

- فحص القشع: يظهر وجود الفيروس.

٣- التهاب الكبد الفيروسي الحاد. Hepatite Virale aigue.

المظاهر النفسية: - تناذر انهياري لمدة طويلة.

- تناذر خبل بدرجات متفاوتة.

- تناذر نوراستانيا (غالباً في البداية او في فترة النقاهة).

المظاهر الجسدية العامة: - يرقان وغثيان.

- انزعاج في منطقة الكبد.

- البول ملون.

- البراز بدون لون.

- حرارة في البداية.

- الكبد متضخم وحساس.

الفحوصات: - فحص الدم: ارتفاع الـ T.G.P. والفوسفتاز القلوية. وأملاح المرارة والـ Urubilinogen في البول.

- فحوصات مناعية من نوع AG HB, AC HB.

٤- الحمى المالطية Brucellose.

المظاهر النفسية: تناذرات نوراستانيا وخبل ونوام.

- هذيان حاد.

- تناذر وسواسي (فصامي المظهر) او هذيان في فترة النقاهة.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة بسيطة متواصلة.

- آلام مفاصل وصداع وتعرق.
- انعدام الدوافع.
- تورم الغدد اللمفاوية مع تضخم الكبد والطحال .

الفحوصات : ـ زراعة الدم إيجابية أثناء المرحلة الحادة .

ـ اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون إيجابياً .

٥- السل Tuberculose.

المظاهر النفسية: - تنافر نوراستانيا.

- تنافر هذيـاني غير محـدد (أفكـار صوفيـة وايروسـية "غلميـة" وهذيـان الاضطهاد) يتصاحب أحياناً مع الهرب المرضي أو الافعال الطبيعية غير الشرعية.

- ميول انهيارية- أنطوائية
- ميل عميق نحو التأمل.

المظاهر الجسدية العامة: - ما تحت الحمى مع تعرق.

- انخفاض في الوزن.
- تردي الحالة الصحية العامة.
- سعال نزق يتبعه ظهور القشع.
- ظهور صدى خاص في الرئتين.

الفحوصات: أشعة تظهر تجويف السل.

- التنظير الشعبي.
- اختبار تحت الجلد.
- زراعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ أو عدم وجودها.

٦- الملاريا Malaria.

المظاهر النفسية: - انحطاط بدني.

- مخاوف مرضية.

المظاهر الجسدية العامة: – حرارة مترلوحة.

الفحوصات: – فحوصات مخبرية.

– زراعة الدم والبول والبراز.

– تصوير شعاعي الرئتين.

٥– الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض الغددية:

إن الاضطرابات العقلية، المصاحبة للاضطرابات الغددية، هي اضطرابات تمتاز بتنوعها من حيث الحدة ومن حيث مظاهرها. وتعود هذه الاضطرابات الى العلاقات المتشابكة بين الغدد والجهاز العصبي والتوازن النفسي العام للشخص.

ويمكننا تحري وجود هذه الإضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

١– وجود الاضطراب النفسي.

٢– وجود الملامح العيادية المميزة لاضطراب الغدد الصماء.

٣– وجود الإضطرابات الهورمونية.

الأشكال العيادية:

تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف الاضطراب الغددي المسبب لها. وفيما يلي نعرض لاضطرابات إفراز الغدد الصماء (أنظر الجدول).

التطورات المرضية:

يرتبط تطور الاضطراب النفسي في هذه الحالات بتطور الاضطراب الغددي. فإذا ما استعاد الجسم توازنه العصبي– الهورموني (من طريق إصلاح الخلل الغددي) فإن الحالة النفسية تعود بدورها الى الاستقرار.

الفحوصات المخبرية:

يقتضي الاضطراب الغددي إجراء الفحوصات الهورمونية الخاصة بالغدة الصماء موضوع الاضطراب. كما أن التداخل بين وظيفة الغدد الصماء وإرتباطها

فيما بينها من خلال آلية الأثر الرجعي (Bio feed Bach) يقتضي أجراء الفحوصات التالية:

- الفحوصات العادية.
- الأيض الأساسي.
- تخطيط الدماغ.
- أشعة لمنطقة السرج التركي.
- فحص قعر العين.
- فحوصات تهويج وقمع الهورمونات المعنية.

تناذر Cushing الوجه مورد أحمر اللون، يوحي بالصحة. ولكن تعابيره شبه معدومة. وهو يوحي بالطيبة والوداعة.

تناذر كوشينغ، (السمنة والشرايين الظاهرة).

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغددية.

١- نقص الافراز الدرقية Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: - تباطؤ وانحطاط نفسي- حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال).، ويتجلى ب-: انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهوة.

- مظاهر عصابية وأحياناً ذهانية.

المظاهر الجسدية العامة: - الأغشية يابسة ومتورمة والشعر خفيف، ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير (كالقمر).

- تباطؤ النبض.
- إمساك.
- ضعف جنسي.
- نزيف العادة الشهرية.

الفحوصات: نقص الأيض الأساسي ٢٠٪ وزيادة الكوليسترول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات).

الهورمونات TSH, PBI, T منخفضة.

٢ – زيادة افراز الدرقية Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه التلقائي والإرادي) مع نقص الذاكرة (لجهة القدرة على الحفظ) مرلوحة مزاجية هامة ونزق وقلق. وزيادة حركة. كلها تشكل مظاهر عصابية وأحياناً ذهانية.

المظاهر الجسدية العامة: جحوظ العينين والشعور بالحرارة.

– زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص الوزن. وارتجاف الأطراف.

الفحوصات: – زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوليستيرول.

– ارتفاع تركيز الهورمونات T٣, T٤.

٣– نقص افراز الجنب درقية Hypo Parathyroidie.

المظاهر النفسية: انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز. مع قلق ومظاهر ٍٍٍٍٍٍٍٍهستيرية ورهاب.

– تظهر الملامح الذهانية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد ناشف، الشعر يتساقط نادر، وهن عضلي، آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي– العضلي.

الفحوصات: – نقص نسبة الكلس.

– تخطيط القلب تمدد "QT, ST.

– تكثف العظام في الصور الشعاعية.

٤ – زيادة افراز الجنب درقية Hyper Parathyroidie.

المظاهر النفسية: فقدان القدرة على المبادرة. انخفاض سرعة البديهة والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي- الجسدي والانهيار أحياناً.

مظاهر ذهانية وفقدان الوعي في الحالات المتطورة.

المظاهر الجسدية العامة: تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها.

تكون حصى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء وآلام المعدة.

الفحوصات: – ارتفاع نسبة الكلس (فوق ١٢ مغ٪).

– زيادة الفوسفات.

– شعاعياً تظهر العظام متعرية من الكلس وهشة وعرضة للكسور.

٥– نقص افراز الكظرية اللحائية Corticosurrenale.

المظاهر النفسية: تناذر هكاع (نورلستانيا) وتهم وقلق وأحياناً مظاهر ذهانية وتناذر خبل وغيبوبة تعالج بتعويض النقص الهورموني.

المظاهر الجسدية العامة: لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء.

الفحوصات:

– نقص الكورتيزونات.

– نقص الصوديوم وزيادة البوتاسيوم.

– موجات عالية وبطيئة في تخطيط الدماغ.

٦– زيادة افراز الكظرية اللحائية مرض كوشينغ (Cushing).

المظاهر النفسية: عدم التوازن العاطفي المزاجي مع غضب واهتياج وثورة وأحياناً تناذرات ذهانية مزاجية، مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد رقيق مع بضع بقع رضية تحت الجلد. الخدود حمراء وبقع حمراء في منطقة البطن وزيادة سماكة الأنسجة الدهنية في الوجه والنقرة والجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط.

الفحوصات:

- زيادة الكورتيزون.
- زيادة السكر.

٧- زيادة افراز الكظرية المركزية Medullo - Surrenale.

المظاهر النفسية: قلق أساسي عارم يصل الى قمته أثناء النوبة وتصاحبه علائم خوافية ثم يظهر الخبل بعد النوبة.

المظاهر الجسدية العامة: نوبات ارتفاع ضغط تسارع نبض القلب شحوب واحمرار.

الفحوصات: زيادة نسب الكاتيكولامين. اختبار Regitine ايجابي تغيرات في قعر العين.

٨- زيادة افراز النخامية الأمامية (الكلثمة Acromegalie).

المظاهر النفسية:

- مزاج انهياري خاصة كردة فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة.
- فقدان النشاط والحيوية.
- عجز جنسي وانقطاع الحيض.

المظاهر الجسدية العامة: تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال ترافق هذه الزيادة مع داء السكري فإنها تؤدي الى عدم كفاية القلب.

الفحوصات:

- زيادة الفوسفات والفوسفور.

- نقص هضم السكر.
- ارتفاع S.T.H في المصل.Hyperhydroxi Pirolinurie.

٩- نقص افراز النخامية الأمامية

المظاهر النفسية:

- تباطؤ ذهني مع صعوبات التركيز والانتباه والحفظ
- تباطؤ حركي ونفسي.
- عجز أو برودة جنسية.

المظاهر الجسدية العامة: رقة الجلد وشحوبه لغاية فقدان اللون مع عدم نمو الشعر. انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم.

الفحوصات: نقص في الهورمونات.

.F.S.H. - L. H. - T.S.H- A.C.T.H.- S.T.H.

اختبارات دينامية لتهييج افراز الهورمونات.

١٠- نقص الهورمون مضاد در البول (في النخامية) .A.D.H.

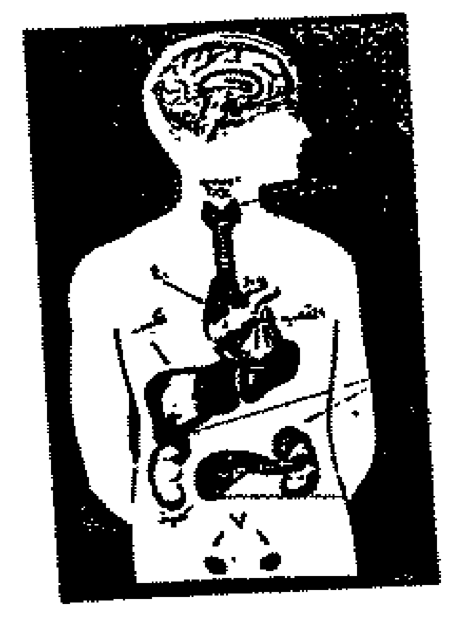
المظاهر النفسية: - مظاهر عصابية متنوعة.

(وهن أوهام مرضية، عصاب... الخ).

- مظاهر ذهانية (خاصة في حالات الإدمان الكحولي).

المظاهر الجسدية العامة: عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات التبول وكميات البول (من ٥ الى ٨ ليتر في اليوم).

الفحوصات: زيادة كثافة البول (تعالج ب- بيكاربونات الصوديوم).



١ ـ الغدة النخامية

٢ ـ الغدة الدرقية

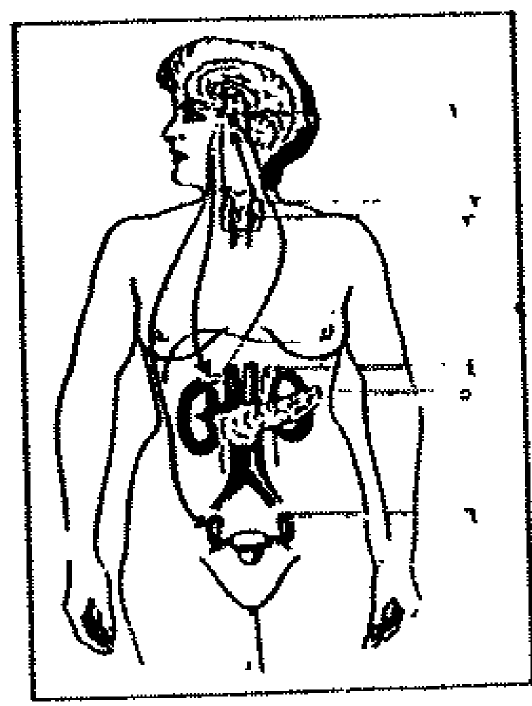
٣ ـ الغدة الجار درقية

٤ ـ الغدة الزعترية (الصعترية).

٥ ـ الغدة الكظرية (فوق الكلوية)

٦ ـ غدة البنكرياس (لانجرهانس)

٧ ـ الغدد التناسلية



الغدد الصماء عند الأنثى:

١ ـ الغدة النخامية

٢ ـ الغدة الدرقية

٣ ـ الغدة الجار درقية

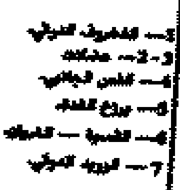
٤ ـ الغدة الكظرية

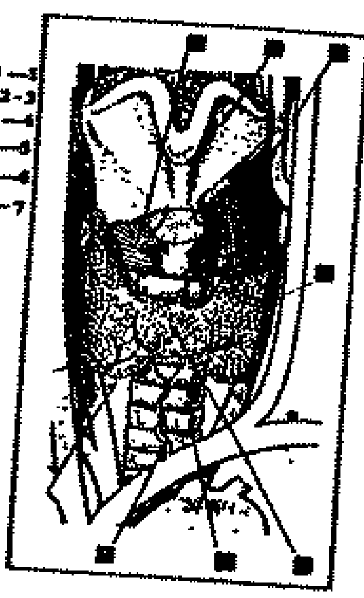
٥ ـ البنكرياس (جزر ـ لانجرهانس)

٦ ـ المبيضان



موقع الغدة الدرقية في مقدمة العنق







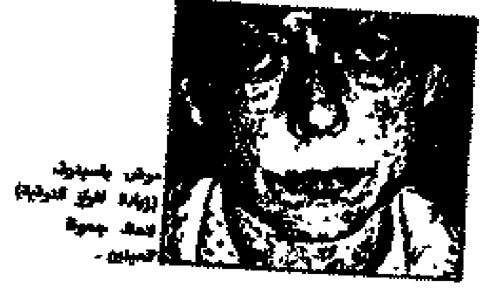




مريض الضخامة Acromegaly
لاحظ تضخم الوجه
والأطراف.



مريض كوشينج (لاحظ انتفاخ الوجه)-



مريض بازيدو
(زيادة افراز الدرقية)
لاحظ جحوظ
العينين -





٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوه الصبغيات:

الصبغية أو الكروموزوم هو خريطة وراثية تحوي خصائص الأهل الجسدية والفكرية الصحيحة والمرضية.

ولقد خطت الهندسة الوراثية، الدراسة لخصائص الصبغيات واضطراباتها، خطوات كبيرة في مجال التعرف الى هذه الاضطرابات والتدخل من أجل إصلاحها. حتى بات الحديث دائراً حول إمكانية خلق جيل من الأطفال العباقرة بالتحكم بخصائصهم الجسدية والذكائية من خلال التحكم بصفات وخصائص الصبغيات.

هذا وتدل الأبحاث على أن هذه الصبغيات تنقل الأمراض الوراثية بأحد أسلوبين فإما ان يكون الإنتقال مهيمنا (Dominant) واما أن يكون متنحياً (Recessif) حيث يزداد خطر الإصابة اذا كان كلا الوالدين مصاباً بالمرض.

هذا وتقسم التشوهات الصبغية الى فئتين كبيرتين هما:

١) تشوهات العدد. ٢) تشوهات الشكل.

وكلا النوعين يمكنه ان ينتقل وراثيا كما يمكنه أن يكون ناجماً عن ظروف واسباب معينة تعترض انتاج الخلايا الصحيحة. وفي مقدمة هذه الأسباب نذكر "عامل ريسوس" حيث يؤدي عدم التناسب البيولوجي – المناعي لهذا العامل (بين الأم والأب) الى ظهور اليرقان في ٢٥٪ من الحالات. ويكون هذا اليرقان ناجما عن

زيادة المخثر الذاتي الريسوس (Auto aglutinine RH) نمو الجنين. ويمكن الحد من أثر هذا العامل بإعطاء الـ (Immunoglobuline R.R) وعدم التناسب هذا يزداد مع تكرار الحمل حتى يأتي الحمل الرابع مشوهاً من الناحيتين العصبية والنفسية.

كما يمكن لأوضاع عديدة أخرى أن تؤدي الى حدوث الخلل الصبغي ونذكر منها الإنجاب بعد الخامسة والثلاثين وتعرض الحامل، وبالتالي الجنين، الى عوامل مرضية فيزيائية او كيميائية أو ميكانيكية.

والخلية الإنسانية تحتوي على ٢٢ زوجاً من الصبغيات إضافة لزوج واحد من الصبغيات الجنسية(XY لدى الرجل و XX لدى المرأة). ويلاحظ أن زيادة صبغية على أحد هذه الأزواج يؤثر في حياة حامله حتى أنهم يموتون إما بإجهاض فجائي أو خلال الشهور الأولى بعد الحمل. ويستثنى من هذه القاعدة زوج الصبغيات الجنسية والأزواج ١٤ و١٥ و١٨ (تناذر ادوارد) و ٢١ (تناذر المنغولية) و٢٢ ،يعيش لغاية ١٢ عاما). لذلك فإننا سنكتفي بعرض مظاهر التشوه الصبغي لدى المواليد الذين يستمرون في الحياة مع إهمال اولئك الذين يموتون باكراً.

الاضطرابات العقلية المصاحبة للتشوهات الصبغية

١- زوج الصبغيات الرقم واحد

- نوعية التشوه: صبغي مستكرر بشكل خاتم.

- مظاهر التشوه: انخفاض الوزن عند الولادة، مع تأخر النمو الجسدي والعقلي باعتدال.

٢- زوج الصبغيات الرقم أربعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي واحد بدل اثنين.

ب- صبغي كامل وثان غير مكتمل

– مظاهر التشوه: أ– صغر مبالغ في حجم الجمجمة، مرض دماغي متطور مع ضمور الدماغ. إضافة لعدد من التشوهات التي تحدد مستوى الخطر. بعضهم يعيش لغاية العشرين سنة.

ب– ضعف عقلي. بطء نمو الوزن والقامة. له مظهر مميز من خلال الأذن والأنف المميزين لهذا المرض. مع تشوهات في الأطراف والأحشاء.

٣– زوج الصبغيات الرقم خمسة

– نوعية التشوه: انشطار الذراع القصير الصبغي.

– مظاهر التشوه: يصدر الوليد صرخة مميزة تشبه المواء (تناظر صرخة القط) وذلك بسبب تشوه الحنجرة. يضاف الى ذلك صغر حجم الجمجمة وتخلف عقلي. خطوط اليد والبصمات لها شكل غير طبيعي. اضافة الى تشوهات مختلفة. ويمكن لهؤلاء الوصول الى سن البلوغ اذا لم تكن لديهم تشوهات خلقية أخرى.

٤– زوج الصبغيات الرقم ستة

– نوعية التشوه: صبغي مستدير.

– مظاهر التشوه: تخلف نفسي – حركي حاد مع صغر حجم الجمجمة واتساع قاعدة الأنف والأذنان منخفضتان نحو الأسفل.

٥– زوج الصبغيات الرقم تسعة

– نوعية التشوه: أ– صبغي زائد غير مكتمل.

ب– صبغي واحد بدل اثنين.

مظاهر التشوه: أ– تخلف عقلي حاد. جمجمة صغيرة وجبهة منتفخة والمحجران عميقان مع تغيرات في الأصابع ونقص النمو.

ب– العينان مائلتان نحو الأسفل ونحو الخارج. الشفة العليا طويلة – تخلف عقلي.

٦- زوج الصبغيات الرقم اثني عشر

- نوعية التشوه: صبغي وحيد غير مكتمل.

- مظاهر التشوه: صغر حجم الجمجمة، جبهة ضيقة، أنف حاد، يمكن أن يموت في طفولته أو أن يعيش لغاية ٣٥ سنة.

٧- زوج الصبغيات الرقم ثلاث عشر

- نوعية التشوه: صبغي غير مكتمل ووحيد.

- مظاهر التشوه: مظهر الوجه اغريقي، أسنانه مثل أسنان الأرنب وتشوهات مختلفة. (تناذر باتو - أنظر الصورة).

٨- زوج الصبغيات الرقم أربع عشر

- نوعية التشوه: زائد.

- مظاهر التشوه: عدد ضئيل من الحالات ويتميز بأنف طويل مع قاعدة ممتدة وكذلك الشفة العليا ممتدة - عته عقلي ولكن يمكن أن يعيش.

٩- زوج الصبغيات الخامس عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد.

ب- صبغي مستدير.

- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (المحجران غائران والجمجمة صغيرة) تخلف عقلي وغالباً نوبات تشنجية يمكن أن يعيش.

ب- جمجمة صغيرة، اضطرابات عضلية وصغر الجمجمة تخلف عقلي.

١٠- زوج الصبغيات الثامن عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد مكتمل أو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التشوه: أ- يعرف بتناذر ادوارد. لديه تشوهات في الجمجمة، والأذنان كبيرتان وتشوهات في الأطراف. نادراً ما يعيش لغاية ١٥ - ١٩ سنة.

ب- قامة قصيرة، وجه مدور، أذنان عريضتان، فم عريض، تشوهات في الأسنان وفي الأطراف. مع بعض التشوهات يعيش لغاية ٦٠ سنة.

١١- زوج الصبغيات الواحد والعشرون

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد مكتمل أو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (شكل الوجه يشبه شكل الانسان المنغولي ومن هنا تسميته بتناذر المنغولية).

لديه تخلف عقلي حاد مع شكل خاص لخطوط راحة اليد. اضافة الى تشوهات قلبية وهضمية وحساسية امام الالتهابات. وهو أكثر تعرضاً للاصابة بالسرطان ٢,٦٪ منهم يعيشون لغاية ٥٠ سنة.

ب- تشوهات الوجه والجمجمة، تخلف عقلي مهم، حالة واحدة عاشت ٥٤ عاماً.

١٢- زوج الصبغيات الثاني والعشرون

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد ومكتمل.

ب- صبغي مستكبر.

- مظاهر التشـوه: أ- تأخر نمو القامة، تخلف عقلي حاد، تطور المرض يختلف من حالة الى أخرى. أكثرهم عمراً يبلغ ١٢ سنة.

ب- تشوهات في الوجه والجمجمة (جمجمة صغيرة و حاجبان مزروعان نحو الأسفل) تخلف عقلي حاد وتشوهات مختلفة.

١٣-الصبغة س (X)

- نوعية التشوه: أ- صبغي وحيد مكتمل أو لا (تناذر تورنر (Turner).

ب- صبغي (س) زائد (XXX).

ج- ٤ أو ٥ (س) (X X X X X).

– مظاهر التشوه: أ- القامة قصيرة (معدلها ١٤٠ سم) وانعدام النضج الجنسي مع تشوهات جسدية وحشوية مختلفة. تشوهات في أذوات المص مع تخلف عقلي بسيط في ٨٪ من الحالات غالباً يموت رضيعاً ولكنه يمكنه أن يعمر.

ب- أو تنافر السوبر امرأة وغالبيتهن طبيعيات ويمكن أن يغيب الحيض لديهن وأن يبكر سن اليأس.

ج- تشوهات في الوجه والجمجمة (شبيهة المنغولي). تخلف عقلي بسيط في ٦/١ من الحالات.

١٤- الصبغية ي (Y)

– نوعية التشوه: أ- صبغيات XXX.

ب- صبغيات XX YY أو XXXY أو XXXXY.

– مظاهر التشوه: أ- قامة طويلة وعدائية مع ضمور الخصيتين وتخلف عقلي (١٠ – ١٢٪ من الحالات) يزداد حدة مع نمو المريض. وزيادة نسبة الهورمون الأنثوي F.S.H مع عدم نمو الشعر ومظاهر الرجولة بشكل طبيعي.

ب- اضطرابات عقلية متنوعة وزيادة في نمو القامة تختلف في حدتها من حالة الى اخرى.

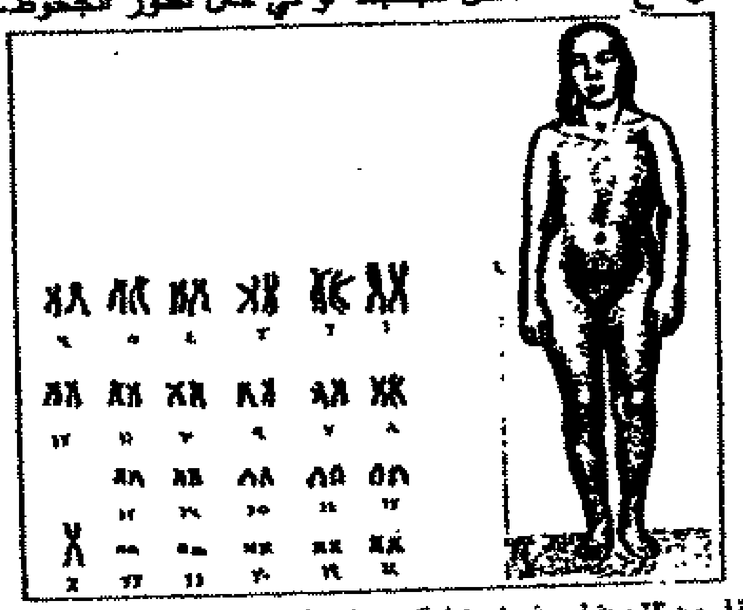


امرأة مريضة بمرض التريساميا X ومظاهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تناذر ادوارد (Edward) ويحدث بسبب زيادة صبغوي في الزوج السادس عشر .

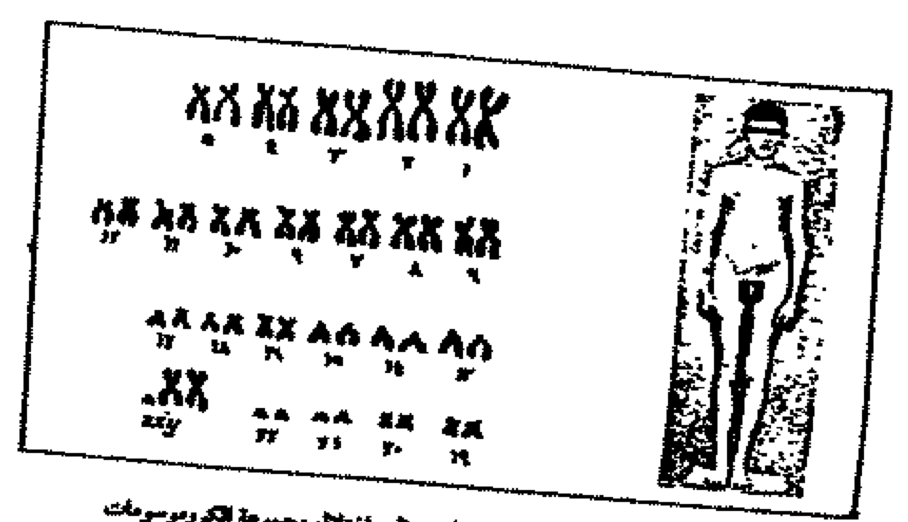
يولد ناقص الوزن وصغير الجمجمة وأنف صغير مستقيم وغضنة في العين (Epichantus) وأحياناً تشوه الاذنين. الرقبة قصيرة وعضلات النقرة متجمدة – القفص الصدري قصير – اليدان منحرفتان والسبابة مع الاصبع الرابع تغطيان الاصبع الثالث. تطوره النفسي والعقلي بطيء جداً – يموت عادة في السنة الاولى.

تناذر صرخة القط (Crit du Chat) يمتاز بتضييق الجمجمة (Craniostenose) وجحوظ العينين والحول التخلف العقلي ليس قاعدة والجراحة ضرورية في حال ارتفاع الضغط داخل الجمجمة أو في حال تطور الجحوظ.



امرأة في سن ٢٣ مريضة بمرض شيرشيفسكي - تيرنر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تناذر تورنر (Turner) ويحدث في ولادة من أصل ٣٠٠٠ ولادة. و٩٠٪ من الحالات تجهض قبل الولادة. ويمتاز بصبغية جنسية واحدة (X) عوضاً عن اثنتين. والمريضة أنثى دقيقة الحجم غير مكتملة النمو (قصيرة القامة وثنيات جلدية على الرقبة وآذان مترلخية) وتشوهات في الجهاز الدوري مع احتمال الخلل العقلي.



شاب في سن ١٥ سنة مريض بمرض كلاينفلتر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تناذر كلاينفلتر (Klimefelter) ونسبته واحد في الـ ١٠,٠٠٠ ولادة بين الذكور. يمتاز المريض بطول القامة وبخصائص ذكورية واضحة (ولكن مع تخلف نمو الخصى وانعدام انتاج السائل المنوي) مع ترسبات دهنية واضحة وبروز محدود للصدر. وشعره أقرب الى شعر الاناث. لديه صبغية زائدة فهو يملك (XXY) بدلاً من (XY). في العادة يعاني من مظاهر التخلف العقلي.

٧- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التسمم:

وتنجم هذه الاضطرابات كنتيجة لتعاطي مواد تمارس تأثيرها انطلاقاً من الجهاز العصبي. وذلك بحيث يؤدي تكرار التعاطي أو تكرار تعريض الجهاز العصبي لهذه الآثار السمية الى احداث خلل عصبي ينعكس بمظاهر عقلية متنوعة. وفي هذا المجال نتحدث عن:

أ- إدمان الكحول:

هو حالة نفسية مترافقة باضطرابات مزمنة على صعيد السلوك. بحيث يكون تعاطي الكحول هو سبب هذه الاضطرابات. ويكون هدفه التخفيف من الكرب ولكنه يتحول مع الوقت نحو سلوك التدمير الذاتي للشخص.

ويمكننا تعريف الادمان الكحولي من خلال العناصر التالية:

- استهلاك مبالغ للكحول.
- ظاهرة التعلق (الادمان).
- الخلل الجسدي والعقلي (من خلال علائمه المتبدية).

أما عن الاشكال العيادية للاضطرابات الناجمة عن هذا الادمان فهي كثيرة ومتنوعة بتنوع المادة والكمية المميزتين لهذا الادمان. ويمكننا تصنيف هذه الاضطرابات على النحو التالي:

- التسمم الكحولي الحاد.
- الاضطرابات النفسية الحادة وما تحت الحادة.
- تناذر التعاطي المزمن.
- الاشكال الهذيانية للادمان الكحولي.
- أمراض النقص الكحولية - الدماغية.
- العته الكحولي.

الفحوصات الطبية:

يؤدي ادمان الكحول الى أضرار عضوية منتشرة الأمر الذي يستوجب اجراء الفحوصات التالية:

- فحص جسدي - طبي عام (مع التركيز على الفحص العصبي وفحص الكبد والمعدة).

- تخطيط الدماغ وتصوير الدماغ المحوري الطبقي (او بالرنين المغناطيسي).

- فحص السائل الشوكي.

- فحص نسبة الكحول في الدم والـ - (Gamma - glutamil - Transferase).

٧- أ/ الاضطرابات العقلية المصاحبة للتسمم الكحولي

١- التسمم الكحولي الحاد أو الكُحال

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

أ- لغاية بلوغ نسبة الكحول في الدم الـ٠,٨ غرام في الالف لا تظهر اية علائم عيادية غير انخفاض القدرات النفسية والحركية. ثم تبدأ بعد فترة مرحلة من الهياج النفسي الحركي حيث يتبدى الشمق (فرح غير مبرر) ونادراً الحزن. وتتدافع الافكار ويزيد الانتباه مع سيلان الكلام وزيادة القدرة على التذكر ونزق معتدل وخيال زائد. وتمكن ملاحظة بعض التشنج الجسدي.

ب- عندما تتراوح نسبة الكحول في الدم بين ١ و ٤ في الالف يبدأ عدم الترابط الكلامي وزوال الكف وشمق مبالغ. ولاحقاً ينسى ما فعله أثناء سكره.

ج- عندما تتعدى نسبة الكحول ٢ غرام في الالف تبدأ اضطرابات الوعي بالظهور لتصل الى الغيبوبة لدى تراوح هذه النسبة بين ٤ و٦ غ في الالف.

٢- الاضطرابات العقلية الحادة وما تحت الحادة (المرافقة للكحال).

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

الهذيان الكحولي ما تحت الحاد

ويتم تشخيصه من خلال التأكد من التسلطي المزمن وظهور الهذيان النوامي والخيل العقلي. وهو يبدأ عادة في الليل ويبدو كأنه متابعة واعية لكابوس ما رآه المريض أثناء نومه ثم يتحول المريض الى الهياج مع احمرار الوجه (طفح دموي) وتعرق زائد.

الهذيان الكحولي الحاد.

ويتم تشخيصه من خلال علائم الهذيان ما تحت الحاد مضافاً اليها علائم الاصابة العامة الكبد والحرارة ونشاف المياه في الجسم مع ميل لفقدان الوعي. ويبدأ هذا الهذيان بشكل انفجاري مفاجئ وتبدو خطورته منذ البداية. ويتجلى بهيجان حاد مترافق مع هذيان نوامي.

٣- التأثر التعاطي المزمن

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتبدى في تغيرات السلوك لدى المريض الذي يصبح ميالاً للانانية والغيرة والشك والذي يصبح لا مبالياً بمسؤولياته ومهتماً فقط بتناول الكحول. ويبدأ بمعاناة وجود ثغرات في ذاكرته مع الانخفاض التدريجي لقدرته على الانتباه والتركيز هذا يعتبر جلينك (Jellineck) ان ظهور الثغرات التذكرية هو الاعلان عن استقرار التسمم الكحولي. وعلى الصعيد الجسدي نلاحظ تحسس المعدة أو القرحة ومظاهر اصابة الكبد (من الاصابة الالتهابية ولغاية التشمع) مع تسارع عملية الهضم . وعلى صعيد القلب فإنه يتجه نحو عدم الكفاية بسبب تسارع النبض وارتفاع الضغط ونقص الفيتامين ب (١) بسبب الكحول .

كما يلاحظ ارتجافاً على صعيد الأطراف والشفاه . ويكون هذا الارتجاف سريعاً ومحدوداً .

٤ ـ الأشكال الهذيانية للتعاطي المزمن : (وهي تعقيدات الاضطرابات الحادة الحدة وما تحت الحادة المذكورة سابقاً) .

الآثار النوامية :

وهي الفترة التي تلي فترة الهذيان النوامي وتمر في ثلاث مراحل:

١) مباشرة بعد الصحو من الحالة النوامية حيث يعتقد المريض بصحة ما تهيأ له في نوامه .

٢) يتردد في اعتقاده بهذه الصحة .

٣) يتحكم بأفكاره ويدرك الطبيعة الهذيانية لهذه التهيؤات النوامية (وتتراوح مدة هذه الفترة ما بين البضع ساعات والبضعة أيام ونادراً ما تتحول الى دائمة).

هلاس فيرنيكيه الكحولي.

ويعرف من خلال الهلوسات السمعية - الكلامية (الشخص الثالث) مع عمق مساقي الوعي وهذيان ثانوي ضعيف البنية. ويبدأ هذا الهلاس عادة بعد المبالغة في الشرب. ويتبدى عادة في الليل ويصحب تفريقه عن الأوهام. ويصاب المريض بحالة من الهيجان الحاد التي قد تؤدي به الى الانتحار أو الاعتداء على الآخرين او الهرب للدفاع عن نفسه أمام الاخطار التي يهيء له انها تهدده (بسبب الهلاوس الهذيان). ومن هنا القلق الحاد لهذا المريض. ويتطور هذا الهلاس اما نحو التراجع أو نحو الازمان او نحو التعقيد ليصبح كأنه فصامي.

الهذيانات الكحالية المزمنة.

أ- هذيان الغيرة: ويبدأ عقب فترة نوامية عادة. وتكون بدايته ممتدة لتصل الى حدود العبثية. ويتصاحب بردود فعل العدوانية. وهو هذيان منظم نسبياً مع آلية تفسيرية نظيرة المنطقية.

ب- الهذيان الهلاسي المزمن: أو الظلام الهلاسي لمدمني الكحول (كرابلين) ويمكنه أن يبدأ تدريجياً أو فجائياً بعد مرحلة نوامية. وذلك من خلال ظهور الهلوسات و/ أو نظيرة الهلوسات. وغالباً ما تكون الغيرة موضوع هذا الهذيان.

ج- التناذرات الفصامية: وهي تستقر بصورة تدريجية عقب هذيان نوامي حاد أو ما تحت الحاد. وتتبدى بشكل أعراض تفككية فصامية التي يمكن أن تكون لها احدى الآليتين: ١) الفصام غير المستقر (بلويلر) الملاحظ لدى مدمن كحول

٢) ذهان فصامي الشكل لدى مدمن كحول.

٥- أمراض النقص الكحولية الدماغية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ذهان التهاب نهايات الأعصاب الكحولي (كورساكوف).

هو تناذر خبلي يظهر عقب الكحال المزمن وفيه يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخاطئ على الأشياء بالاضافة للاراجيف (Confabulation) واليها يضاف التهاب نهايات الاعصاب.

ويبدأ هذا الذهان مثل بداية أية حالة خبلية ويتصاحب مع: صداع وأرق وفقد الارادة (الاقبال على الحياة) والاكتئاب. ويلاحظ في البداية حالة وهن جسدي تترافق أحياناً مع مظاهر عدم كفاية الكبد. ثم تتبدى مجموعة من الاعرض النفسية مثل انعدام القدرة على التوجه في الزمان والمكان وانخفاض هام في القدرة على الانتباه ومظاهر التهويل والاراجيف (Fabulation). ويتطور هذا الاضطراب اما نحو الشفاء (لدى الشبان وفي حالة العلاج المبكر المناسب) واما نحو الازمان (تتحول نحو العته الكحولي) واما نحو الموت.

اصابة فيرنيكيه - غاييت الدماغية.

تبدأ هذه الاصابة عادة لدى المدمنين القدماء الذين تشبعت اجسامهم بآثار التسمم الكحولي. ويشجع ظهور هذه الاصابة تعرض المريض للصدمات او العمليات الجراحية. وتمتاز هذه البداية بتعاظم آثار التشبع الكحولي. ثم تبدأ حالة من الذهول تقطعها فترات من الهياج والهلوسات التي تضاف اليها بعض العلائم العصبية على أصعدة العين (رهاب الضوء وتنيرات لرتكاسات العين والبوبو وعضلات العين، والعضلات (تقلصات عضلية وزيادة حيوية العضلات وبابينسكي ايجابي) اضافة الى اضطرابات عصبية - نباتية (على صعيد الدماغ) مثل تسارع النبض والتنفس. وتتطور هذه الاصابة نحو الشفاء بعد بضعة اسابيع من العلاج. اما مع اهمال العلاج فإنها تتطور نحو الغيبوبة والموت.

٦- أمراض العته الكحولي (Demences. Alcoliques)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

العته الكحولي البسيط.

ويبدأ فجأة مع مظاهر انخفاض الذاكرة والانتباه والتداعي الفكري لقدرة الحكم على الأشياء وكذلك انخفاض احترام اللياقات الاجتماعية.

تظهر الشلل الكحولي العام.

ويمتاز أولاً بهذيان الكبر والعظمة وتأتي عقب الهذيان الكحولي الحاد او ما تحت الحاد. ويلاحظ ارتجاف الأطراف وعدم تساوي حدقات العين واضطراب التوازن وانعدام تآزر الحركات (Dysarthtie).

تظهر العته الخبلي.

حيث تهيمن حالة من دغش الوعي (Obnubilation).

ب- ادمان السموم (المخدرات):

ادمان السموم هو حالة نفسية وعادة جسدية ناجمة عن الاستهلاك المتكرر لأحد السموم مما يؤدي الى الاعتياد ومعه الى ظهور تناذر نفسي - جسدي في حالة الانقطاع عن الاستهلاك. ويمكننا تعريف هذا الادمان من خلال العناصر التالية:

- الاستهلاك المتكرر لأحد أنواع المخدرات.

- تبدي ظواهر الانقطاع والاعتياد والادمان.

- الأثار التدميرية على الاصعدة النفسية والجسدية والاجتماعية.

أما عن الاشكال العيادية لادمان المواد فهي التالية:

أ- حالات الادمان القصوى:

١- ادمان الافيون ومشتقاته (المورفين والهيروين... الخ).

٢- ادمان القنب الهندي ومشتقاته (حشيش، ماريهوانا... الخ).

٣- ادمان الكوكايين.

٤- ادمان الـ L.S.D.

٥- ادمان الكحول.

ب- حالات الادمان الدنيا:

١- ادمان القهوة والشاي.

٢- ادمان التبغ (التدخين).

٣- ادمان شم الأثير Ether.

٤- ادمان بعض الأدوية النفسية (الباربيتيرات، الكلورال، الامفيتامين... الخ).

الفحوصات الطبية:

قياس نسبة تركيز المادة السامة في دماء المريض وفي بوله. اضافة الى فحوصات وظيفية الكبد (التي قد تتعطل بسبب هذه السموم) والكلى... الخ. اضافة ايضاً الى الفحوصات النفسية.

العواقب:

في حال استمرار التعاطي فان هذه السموم يمكنها أن تؤدي الى احداث تغيرات هامة في الشخصية تختلف خطورتها باختلاف سمية المادة موضوع الادمان وقس عليه بالنسبة للاضرار الجسدية.

٧- ب/ الاضطرابات العقلية المصاحبة لادمان المخدرات

١- المخدرات الذهولية مورفين - هيرويين.

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

اضافة الى كونها مضادة فاعلة للألم فانها تؤدي الى تغيرات على صعيد التفاعل وعلى صعيد القدرات الادراكية (مع أو بدون تأثير على مستوى الوعي اليقظ) وتقود هذه المواد متعاطيها الى حالة من السكر والاسترخاء النفسي. اما عن أضرارها وانعكاساتها فهي تؤدي على الصعيد الجسدي الى:

(Miose) وعدم القدرة على تحمل الاشـارات الضوئيـة والسمعية وانتفـاخ الأنسجة المخاطية واضطرابات هضمية وارتفاع الضغط والمبالغة في تعاطيها يؤدي الى عدم كفاية التنفـس والقلب وصـولاً الـى الغيبوبـة والتـورم الرئـوي (Oedeme) وصولاً الى الوفاة.

وفي حـالات الانقطـاع تتبدى علائم هذيان ارتماشي أفيوني (شبيه بالهذيـان الارتماشي الكحولي).

أما على الصـعيـد النفسـي فنلاحـظ اضطرابـات الانتبـاه والوعـي والادراك واضطرابات سلوكية متنوعة مع ميول عدوانية فائقة في حالات الانقطاع.

٢- القنب الهندي (مخدر مهلوس) أو الحشيش

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتم استهلاكه بأشكال عديدة منها الحشيش والماريهوانا ويمكن تعاطيها من طريق التدخين. ويؤدي هذا التعاطي الى احداث المظاهر التالية:

تسارع نبض القلب وجفاف الفم وزيادة تدفق الدم على الأنسـجة المخاطيـة. وعلى الصـعيد النفسي فإنه يعطي بعض الأحاسيس الايجابية العابرة (التي يبحث عنها المدمنون) مثل الشبق والشعور الايجابي بالذات والافتقاد لمفهومـي الزمـان والمكان (وبالتالي التخلص من وطأتهما) وذلك اضافة الى زيادة الاحساس وتضخمه (بصري وسمعي ولمسي) وكذلك الاحساس الوهمي (والذاتي) بالتخفف من الاعباء.

أما عن الآثار الجانبية فنذكر منهـا: نوبات القلق (تترافق مـع بداية التعاطي) واضطرابات التـآزر النفسي - الحركي واضطـراب الادراكات البصرية ونوبات التعرق وفقدان الوعي والعدائية. ويمكن لهذا الادمان أن يدعم الحـالات الذهانية وان يعمقها.

٣- الميسكالين .L.S.D (مخدر مهلوس)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ان أكثر الاضطرابات النفسية (المصاحبة لتعاطي الـ L.S.D عمومية هي انخفاض عتبة الادراك الحسي وتنجم عنه المظاهر التالية:

- تصبح الالوان كثيرة الحد ويراها المتعاطي وكأنها تتعدى حدودها الحقيقية (هالة الألوان). ويؤثر هذا الانخفاض في عتبة الادراك الجسي في صورة الذات. هذا التأثير الذي يمكنه أن يصل الى حالة التفكك الجسدي (كما في الحالات الفصامية). ثم لا تلبث وان تتبدى اضطرابات الوعي - اليقظ مع اضطراب التوجه في الزمان والمكان. كما يصاب المتعاطي بتغيرات مزاجية مفاجئة اذ يتراوح مزاجه بين القلق - العدائية وبين الشمق (فرح بدون مبرر). وعلى وجه العموم فان استمرار التعاطي يؤدي الى انخفاض القدرات الذهنية المتعاطي.

- اضطرابات جسدية متنوعة (غثيان ودوار وتعرق وتسارع نبض) والأهم نوبات الهياج وردود الفعل الهلعية والعدائية نحو الذات (محاولات انتحار) ونحو الغير. ونلفت الانتباه الى أن أثر التعاطي المزمن يؤدي الى تشوهات صبغية تؤثر في الاولاد الذين ينجبهم المدمن وهذا الأثر كان وراء تراجع تعاطي هذه المادة في الولايات المتحدة.

٤- الكوكايين

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

وهو ادوية تستخرج من نبات الكوكا. وله مفعول مشابه لمفعول الامفيتامين إذ يعطي متجرعه احساساً بالنشاط والحيوية وبزوال التعب. مع زيادة احتمالات التحول نحو الهياج والهذيان والهلوسات وبخاصة من نوع (أوهام الصغر).

وهذا المخدر يشجع ظهور النوبات الذهانية ولا تزال تتبدى له آثار ضارة جديدة.

٥- الأدوية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

هنالك مجموعة من الأدوية التي يمكنها أن تساهم في احداث الاضطراب العقلي ومنها أدوية نفسية مثل الامفيتامينات والتريهكسي فينيديل والمنومات وأملاح الليثيوم وأدوية اخرى مثل مضادات السل والكورتيزون ومخفضات الضغط ومعدلات نبض القلب ومنشطات القلب ومثيرات الودي ومضادات الحرارة والاستفراغ والسكري.... الخ.

٨- اضطرابات الحمل والولادة:

تمتاز فترة الحمل بعوارض نفسية مختلفة في حدتها وفي نوعيتها وفي ديمومتها. وهذه العوارض على علاقة مباشرة بالتغيرات الهورمونية المعقدة التي ترافق الحمل كما انها على علاقة بالاجواء النفسية - الاجتماعية المرتبطة به. ولهذه العوارض أشكال عيادية مختلفة نلخصها بالتالي:

٨- الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل والولادة

١- التغيرات النفسية - الفيزيولوجية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويمكنها أن ترافق المرأة طيلة الحمل أو خلال مراحل محددة منه. وهي تقسم الى: ١) تغيرات حسية (تؤدي الى الوحم) و٢) انخفاض القدرة على مواجهة الاحباط و٣) انخفاض بسيط على الصعيد الادراكي (ذاكرة، انتباه، تركيز... الخ) ٤و) تغيرات مزاجية - غريزية (مثل اضطرابات الشهية والمزاج والرغبة الجنسية... الخ.

٢- العوارض العصابية

- المظاهر النفسية والجسدية:

- التناذر الوسواسي - القهري.

- التناذر الرهابي (مخاوف مختلفة ومتمازجة).

- التناذر الهيستيري.

وتختلف قوة هذه العوارض العصابية باختلاف الشخصية السابقة للحمل.

٣- العوارض ذات الطابع الذهاني.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وهي نادرة وتبتدء غالباً في الثلث الأخير لفترة الحمل وتتظاهر بشكل انهياري يمكنه أن يمتد إلى ما بعد الولادة . كما يمكننا أن نصادف بعض التناذرات النفسية - العصبية الخطرة (ولكن نادراً جداً) من نوع : ١) التهاب نهايات الأعصاب العقلي لدى الحوامل (ويظهر لدى شابات تحملن للمرة الاولى وسيئات التغذية بسبب الاستفراغ. الأمر الذي يتبدى بتناذر كورساكوف مع شلل ضموري مؤلم وخبل عقلي) و٢) زفن الحمل (Corhee) ويتبدى لدى مريضة زفنية سابقاً ويختفي بعد الحمل و٣) يمكن لأولى نوبات الصرع أن تظهر بمناسبة الحمل.

٤- الحالات الخبلية بعد الولادة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ فجأة بدون تمهيدات وبدون اية علائم انهيارية. وتتراوح بين البسيطة (دغش الوعي (Obnubilation) وبين الخطرة (ذهول (Stupeur).

٥- الحالات الخبلية Etat Confusional.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهذه الحالة هي علمة من النوع الخبلي - الحلمي ذي الطابع القلقي "تعيش المريضة حالة قلق (مختلف في حدته) بسبب معايشتها لمشاهد محزنة وأحياناً مرعبة" ويمكن لهذا المزيج (خبل + حلم + القلق) أن يتبدى بأشكال مختلفة (كآبة وهوس وحالة جمودية) تتعاقب في ظهورها. وهذه الحالات ذات مستقبل جيد وتميل الى التراجع.

٦- الحالات الهذيانية بعد الولادة Etat Delirant.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكنها أن تكون على علاقة بالمظاهر الخبلية أو أن تكون مستقلة. وتبدأ بحالة من تفكك الشخصية وانعدام الاستيعاب. وعلى هذا الاسس تظهر الافكار الهذيانية (ضعيفة البنية) المتمحورة حول الاضطهاد والأفكار. ويمكنها أن تعطي الطابع الذهاني الانهياري.

٧- الحالات الذهانية المزاجية بعد الولادة Etat Psycho - Affectif.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكن أن تسبقها فترات من الخبل أو الهذيان ثم تبدأ المظاهر الانهيارية مع هذيان على علاقة بالحمل والطفل وأفكار انتحارية و/ أو قتل الوليد. كما يمكن ظهور الحالات الهوسية (نادرة بالمقارنة مع الانهيار) حيث اضطراب النوم والعدوانية وهروب الأفكار والشمق.

٨- الحالات الفصامية بعد الولادة Schizophreniforme.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ عادة (٤- ٦ أسابيع) بعد الولادة ويمكنها أن تبدأ بالهذيان الذي يزداد تنظيماً مع تطور الحالة وميل للانعزال والتزوية والعدائية مع أفكار الغيرة والاضطهاد.

٩- الاضطرابات العصابية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ولها الطابع القلقي - الانهياري وتتسم بلا مبالاة الأم أمام وليدها.

١٠- الاضطرابات الذهانية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ويمكنها أن تكون ذات شكل فصامي (انظر الحالات الفصامية بعد الولادة ... او ذات شكل مزاجي (غالباً انهياري) - انظر الحالات الذهانية المزاجية .....

وهذه الحالات نادرة جداً ويجري الجدل حولها عما اذا كانت ذهانات بسبب الولادة أم انها ذهانات كامنة تفجرت بمناسبة الولادة.

٩- اضطرابات العمر:

٩- أ الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

أعصبة الشيخوخة

- المظاهر النفسية والجسدية:

تشكل مرحلة الشيخوخة مصدراً هاماً للشدة النفسية إذ يدرك المسن أن حالته الصحية في تراجع (خاصة لدى معاناته من أمراض الشيخوخة). وهذه الوضعية تتسبب له في القلق واضطرابات النوم. ويمكنها أن تعيد تفجير علائم عصابي عرفها في شبابه وأن تولد له أعصبة مميزة. وفي هذه الحالات نركز على ما نقترح تسميته بـ"قلق الموت أثناء النوم". حيث يؤدي هذا القلق الى اضطرابات هامة في نوم المسن (يعوضها من خلال اغفاءات قصيرة أثناء النهار).

٢- ذهانات الشيخوخة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الذهانات الفصامية: وهي تعرف ميلاً نحو الخمود في سن الشيخوخة. اما الحالات التي تظهر فيها العلائم الفصامية لأول مرة في سن الشيخوخة فإن السير مارتن روث يصنفها في عداد البارافرانيا.

الذهانات المزاجية: وتقسم الى ذهانات مستمرة عند الشباب وأخرى تظهر في سن متقدمة.

الذهانات العظامية: ويهمنا تحديداً الذهانات العظامية التراجعية (involution) حيث تتبدى مظاهر العظام ولكنها تبقى محصورة في اطار ضيق اذ تكون على علاقة بماضي المريض وذكرياته والاشخاص القريبين منه.

والواقع ان تشخيص ذهانات الشيخوخة يمر بعقبات عديدة. اذ انه من الصعب تحديد وجود او عدم وجود سوابق ذهانية لدى المسنين. كما ان تحديد وجود التناذرات العضوية (التي يمكنها أن تؤدي الى احداث المظاهر الذهنية) لا يزال أمراً يتسم بالصعوبة (خاصة في الدول النامية). وأخيراً فإن الوضع الجسدي - النفسي العام للمسنين يطرح اشكاليات عديدة تضاف اليها الاشكاليات الاجتماعية (العلاقة بالعائلة والاولاد والترمل... الخ).

٣- مرض الزهايمر Alzheimer.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يستقر خلال أشهر (٨٠٪ من الحالات في عمر ٤٥ - ٦٥ سنة) ويجمع بين عجز ذكروي شامل وتهدم التوجه في المكان واضطراب القدرة على الترميز (عمه فكروي، فقد القراءة، تعسر الكتابة). ثم تبدأ بالظهور الاضطرابات الذهنية السبقة التي تعمق الاضطرابات المذكورة أعلاه ويمكن أن تضيف اليها الهيجان.

٤- مرض بيك Pick.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ بين ٥٠ و٦٠ سنة (لدى النساء خاصة) ويتطور ببطء خلال سنوات (٢-٥ سنوات). وخلال هذه الفترة نلاحظ تغيرات سلوكية عديدة (حركات تكرارية نمطية واضطراب التحليل المنطقي وربما أعمال جنسية - أو غيرها - يعاقب عليها القانون). وبعد استقرار المرض تبتدئ أعراض العته المألوفة (اضطرابات ادراكية

وفكرية وسلوكية وانفعالية واضطرابات الشخصية - صفاقة - اضافة الى العلائم العصبية) مضافاً اليها الشمق البذيء وعدم وعي المرض.

٥- العته الوعائي Demence Vasculaire.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبتدئ عادة بعد عمر ٦٠ سنة. ويمكن أن يبدأ بطريقة نفسية عشوائية (هياج، هوس أصغر، نظور الانهيار، خبل... الخ) او ان يبدأ بعلائم عصبية (نوبات تشنجية). ويصيب في البداية الذاكرة والقدرة على تحديد الزمان ثم يبدو عليه سيلان الانفعالات. وتسجل حُبسة (Aphasie) تتطور بتطور المرض (٢ -٣ سنوات لغاية الوفاة).

٦- عته الشيخوخة Demence Semile.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ عادة بعد سن الـ٦٥ عاماً. وتكون بدايته تدريجية على صعيد الذاكرة والطباع. ثم تتطور هذه المظاهر ليُضاف اليها اضطرابات النوم والهياج والشغب الليليين واقبال مرضي على الطعام وأحياناً انعدام استقرار الضغط (٢- ٨ سنوات لغاية الوفاة).

٧- حالات العته المزيج Demence Mixte.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهي حالات تتظاهر في سن متأخرة وتتمازج فيها الاسباب الوعائية والاسباب التدهورية (تدهور بنى الدماغ الذي يحدث عته الشيخوخة) وتظهر فيها علائم مزيجة (نفسية وعصبية) للعته الوعائي وعته الشيخوخة.

٩- (ب) التشخيص التفريقي لحالات العته ونظيرة العته

١- بداية المرض

- نظير العته الهستيري: فجائية وفي أوضاع نفسية ضاغطة

- نظير العته الانهياري: + فجائية
- العته الوعائي: + فجائية
- عته الشيخوخة تدريجية

٢- كيفية التبدي
- نظير العته الهستيري: سريعة (أيام)
- نظير العته الانهياري: سريعة (أسابيع)
- العته الوعائي: بطيئة (شهور)
- عته الشيخوخة بطيئة (سنين)

٣- تطورات المرض
- نظير العته الهستيري: متغيرة وذات علاقة بالظروف الضاغطة
- نظير العته الانهياري: مستقرة أو ميالة التحسن
- العته الوعائي: تدهور متزايد في منطقة معينة
- عته الشيخوخة: تدهور عام تدريجي

٤- الملائم الانهيارية
- نظير العته الهستيري: ـــ
- نظير العته الانهياري: + + +
- العته الوعائي: + +
- عته الشيخوخة: +

٥- عدم الثبات الانفعالي
- نظير العته الهستيري: + + +
- نظير العته الانهياري: +
- العته الوعائي: + + + +
- عته الشيخوخة:صفر

٦- علائم عظامية

- نظير العته الهستيري: ــ

- نظير العته الانهياري: +

- العته الوعائي: + +

- عته الشيخوخة: + + +

٧- صعوبات التوجيه الزماني و/ أو المكاني

- نظير العته الهستيري: + +

- نظير العته الانهياري: +

- العته الوعائي: + + +

- عته الشيخوخة: + + +

٨- التراجع الذهني

- نظير العته الهستيري: عشوائي أو غير متجانس

- نظير العته الانهياري: متجانس

- العته الوعائي: غير متجانس

- عته الشيخوخة: متجانس

٩- التجاوب للعلاج بمضادات الانهيار.

- نظير العته الهستيري: ــ

- نظير العته الانهياري: + + +

- العته الوعائي: +

- عته الشيخوخة: صفر

١٠- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الدماغية:

ويمكننا تقسيم الاضطرابات الدماغية المؤثرة في التوازن العقلي على النحو التالي:

أ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأمراض العصبية التراجعية.....

ب- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ.

ج- الاضطرابات العقلية الناجمة عن رضوض الجمجمة - الدماغ.

د- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.

هـ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغي (الشُراع).

و- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الالتهابات الناجمة عن الالتهابات داخل الجمجمة.

ز- الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

١٠ (أ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ

١- التهاب السحايا لدى الأطفال.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يؤدي الى نمو الدماغ بشكل غير طبيعي والى تخلف عقلي من درجة الحمق (حاصل ذكاء ٣٥ - ٥٠). ويطال التشوه الى جانب الدماغ الشكل العام للرأس والشفاه والأذنين. ويمكن أن يعاني من نوبات صرعية.

٢- فقد الدماغ.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويترافق هذا الاضطراب مع تشوهات عضوية - خلقية معقدة وعلى جانب كبير من الخطورة. وهو لا يعيش في العادة. ومن هنا محدودية أهمية هذه الحالة في عيادة الطب العقلي.

٣- تضخم الدماغ Macrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويعود سببه الى تضخم المنطقة النسيجية الضامة وليس العصبية. وهي حالة نادرة بالمقارنة مع التشوهات الدماغية الأخرى. وفيها يمكن لوزن الدماغ ان يصل الى حدود الـ ١٦٠٠ غرام.

٤- استسقاء الدماغ Hydrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وينجم هذه الاستسقاء عن تراكم السوائل داخل الجمجمة. وغالباً ما تعود أسبابه الى اصابات السحايا الدماغية. ونادراً الى ورم دماغي.

تختلف الانعكاسات العقلية باختلاف الاصابة الدماغية ومسبباتها.

١٠ (ب) الاضطرابات العقلية الناجمة عن رضوض الجمجمة - الدماغ

١- رضة دماغية Comotion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع غيبوبة قصيرة الأمد. تتميز بدخول المصاب في غيبوبة لعدة دقائق تتبع حالة من الخبل. وعلى الصعيد العصبي تلاحظ لدى المريض المظاهر التالية: انعدام الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للعضلات اضافة الى مظاهر نباتية (تعرق حرارة، تسارع النبض، تنفس متحشرج... الخ).

٢- ارتجاج الدماغ Contusion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة قوية مع غيبوبة متوسطة الأمد وعلائم مركزية.

تتشابه مظاهرها مع سابقتها مع زيادة مدة الغيبوبة (ساعات أو ايام بدلا من الدقائق). وتعقبها فترة من الخدر. (بدورها أطول من فترة الخبل في الحالة السابقة). وعلى الصعيد العصبي نلاحظ اضافة لمظاهر الحالة السابقة علائم وجود اصابة دماغية وتحسس السحايا الدماغية.

٣- الخثرة داخل الجمجمة Hematome.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: التعرض للرضة (Comotion) مع فترة كمون وارتفاع الضغط داخل الجمجمة .

تتطور هذه الحالة على ثلاث مراحل : ١) الرضة و٢) فترة الكمون. حيث يمكن ان تغيب العوارض بشكل كلي (لمدة ايام او اسابيع) ويمكن أن تظهر عوارض بسيطة مثل الصداع والوهن وتباطؤ الذهن و٣) تبدأ علائم ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بالظهور. وتبدأ بظهور حالة من الخبل (يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة) ويمكن أن يضاف اليها الهياج أو فقد الارادة والهلوسات والافكار الهذيانية المجزأة.

٤- حالة الخبل عقب الرضية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع التباس الوعي وعدم ترابط الأفكار (مع مقاطع هلاسية ذات طابع نوامي) وصعوبة التوجه في الزمان والمكان وفقدان ذاكرة تنقائي. وتقسم الحالات الخبلية عقب الرضية، بحسب سيطرة المظاهر، الى:

- حالة خبلية بسيطة: وتمتاز بهيمنة النعاس وفقد توجه محدود مع عناصر نوامية محدودة.

- الخبل الذهولي: وتمتاز بعدم حراك المريض او بعدم تفاعله مع المثيرات ويمكنه أن يتصاحب مع مظاهر تخشبية.

- الخبل النوامي: حيث النشاط النوامي المرعب يترافق مع هياج نفسي - حركي والقلق .

- الهذيان الحاد عقب الصدمي: ويتميز عياديا بسيطرة الافكار الهذيانية غير المنظمة.

وتستطيع هذه الحالات الخبلية أن تدوم لفترات تتراوح بين الدقائق والشهور.

٥- الاضطرابات التذكرية عقب الصدمية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الاضطرابات التذكرية التقدمية: وفيها يمتد فقدان الذاكرة خلال فترة ما بعد الرضة ويشمل فترة الغيبوبة والخبل الذي يعقبها كما يشمل فترة يبدو فيها المريض واعياً في حين انه يكون فعلياً معانياً لاضطراب الذاكرة.

الاضطرابات التذكرية الرجعية: ويطال فيها فقدان الذاكرة الفترة الفاصلة بين آخر الذكريات الواضحة السابقة للصدمة وبين الصدمة نفسها.

٦- تناذر كورساكوف عقب الصدمي.

- المظاهر النفسية والجسدية:

- عناصر التشخيص: وجود رضة قريبة العهد واضطرابات الذاكرة واضطراب التوجه في الزمان والمكان والشمق.

يضيف كورساكوف عارض اضطراب التوجه في الزمان والمكان (المترافق مع الشمق والسيلان الكلامي) الى العوارض الثلاث التي تشكل مثلث كرابلين (فقدان القدرة على الحفظ وفقدان الذاكرة الانتقائي المؤدي الى هذيان الاراجيف Confabulation والتعرف الخاطئ على الاشياء لتعويض الثقوب التذكرية).

ويمكن لهذا التناذر ان يظهر عقب الخروج من حالات الخبل عقب الصدمية. ويتطور هذا التناذر نحو الشفاء الا في حال تأخر ظهوره وتطوره المزمن وعندها يؤدي الى التلف العقلي.

٧- ردة الفعل عقب الصدمية

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتظاهر من خلال الوهن النفسي والجسدي وعدم ثبات الحالة الوجدانية وزيادة الاحاسيس الذاتية والقلق العارم والارق والاحلام المزعجة والمفزعة. وهذه الظواهر يمكنها أن تدوم لبضعة اسابيع ويمكنها أن تأتي عقب حالات الخبل. ويمكن لهذه

العلة لن تتعقد مع الوقت ليظهر على اساسها عصب الوساوس ورهاب الموت.

٨- الوهن الدماغي عقب الصدمي Cerebrasthenie P.T.

- المظاهر النفسية والجسدية:

أو التناذر الذاتي المشترك (Subjectif Commun)، وعناصره التشخيصية هي التالية: الرضة وتناذر الوهن (نوراستانيا). وهي حالة نفسية تدوم من بضعة اسابيع لغاية السنتين. وهو يبدأ اما مباشرة عقب الخروج من حالة الخبل او بعدها ببضعة اسابيع. ومن أهم مظاهر المرضية نذكر: الصداع (يظهر فجأة او بعد الارهاق النفسي والجسدي او حركات الرأس السريعة) والدوار (عقب حركة رأس سريعة) واضطرابات النوم واضطرابات عصبية نباتية وتضخم الاحساس بالذات اضافة الى الاضطرابات الوجدانية (القلق وعدائية وانفعال سريع... الخ). وأخيراً انخفاض الرغبة الجنسية. كما يظهر الفحص العصبي زيادة الارتكاسات وارتجاف الاطراف.

٩- مرض دماغ الملاكم Punch - Drunck.

ويتميز بحالة خبلية خفيفة وانخفاض مهم في الذاكرة والانتباه تؤدي بدورها الى موجات من الغضب. وهذه العوارض تتدعم وتقوى خلال العام الاول على ظهور المرض ليعقب ذلك فترة استقرار العوارض ثم يظهر المرض بمظاهر شبيهة بمظاهر الشلل الرعاشي (مرض باركنسون) ويضاف اليها تناذر عتهي.

١٠- الصرع عقب الرضوض.

- المظاهر النفسية والجسدية:

غالباً ما يكون هذا الصرع من نوع جاكسون. وتظهر أولى النوبات بعد ٦ أشهر الى سنتين عقب الرضة. ويمكنها أن تتأخر الى خمس سنوات كحد أقصى. وخلال الفترة الفاصلة بين النوبات نلاحظ لدى المريض هلامية الافكار وفقد الارادة (الدوافع) واللامبالاة والنزق.

١١ – التلف العقلي Deterioration mentale.

– المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضى وضعف الذاكرة بالنسبة للحوادث الجديدة وتباطؤ التفكير وانخفاض القدرة على التجريد والتعميم وفقر الوجدان.

ويظهر الفحص النفسي انخفاض القدرة التفكرية وانخفاض القدرة على الانتباه والتركيز وبطء التفكير والتراوح المزاجي والانفجارات الانفعالية مع حفاظه على منطلقات تسد التفكير.

١٢ –العته عقب الصدمي Demence Post - Traumatique.

– المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضة والضعف الذهني وفقد الدوافع او الشمق والتطور البطيء وعلائم العته المعروفة.

بعد تراجع المظاهر المشتركة للصدمة تبدأ بالظهور وبشكل تدريجي (مع أو بدون فترة كمون) علائم العته. ومن خلال الفحص النفسي نستطيع تحديد الملائم التالية:

قصور تذكروي هام (خاصة لجهة القدرة على الحفظ) مع قصور الانتباه (خاصة الانتباه الفوري) وتباطؤ التفكير واضطراب التوجه في الزمان والمكان. ويكون المريض واعياً لهذه التغيرات الذهنية ويصبح نزقاً وغير ودود. ثم يبدأ استقرار حالة العته خلال سنوات.

١٣ – الذهان عقب الصدمي.

– المظاهر النفسية والجسدية:

يختلف الباحثون في تفسيرهم لحالات الذهان المتبدية عقب رضوض الجمجمة – الدماغ. فيردها بعضهم الى وجود استعداد سابق للاصابة بالذهان مع اثر الرضة في تفجيره. في حين يعتقد بعضهم ان ظهور الذهان عقب الرضة هو مجرد مصادفة. ومن الذهانات التي لوحظ ظهورها عقب الرضوض نذكر الفصام والهذيان المزمن

المنظم والذهانات المزاجية. اما ردود الفعل الذهانية فهي تظهر عقب الرضوض بكثافة تمنعنا من قبول ردها الى مبدأ المصادفة.

١٤- العصاب عقب الرضوض الدماغية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهو أكثر الآثار حدوثاً لدى المتعرضين للرضوض الجمجمية - الدماغية. ويختلف هذا العصاب في حدته وفي ديمومته من حالة الى أخرى وآليته بحتة. ويمكننا أن نجد في هذه الحالات خليطاً من المظاهر العصابية: القلق والانهيار والنزق والرهاب والوساوس المرضية والشكاوى الجسدية... الخ.

١٠(ج)- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.

١- ارتفاع الضغط داخل الجمجمة:

المظاهر النفسية والجسدية: في البداية تظهر علائمه بشكل عابر لتعود وتستقر وتصبح دائمة بعد فترة من الوقت. ثم تتطور لتؤدي الى الغيبوبة والموت. وهذه المظاهر هي:

- على الصعيد الجسدي: الصداع والغثيان والقيء وتورم الحلمية Papile وتباطؤ النبض والتنفس اضافة الى النوبات الاختلاجية المعممة.

- على الصعيد النفسي: الخبل العقلي وعسر التذكر. ويكون هذا الخبل من نوع باروك (Baruk) وهو يطال الوعي اليقظ وإيقاع التفكير دون أن يطال القوى الذهنية الأساسية. أما عسر التذكر فهو يصيب ٣٠٪ من الحالات ويمكنه أن يتطور لدى الشيوخ نحو تناذر كورساكوف.

٢- الورم الدماغي غير المتمركز:

المظاهر النفسية والجسدية: تتطور مظاهر هذا الورم نحو الخطورة بصورة تدريجية. وتشهد هذه المظاهر تراوحا كبيراً (أحياناً تشتد وتخف في اليوم نفسه). وتقسم الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الحالة الى:

١- دائمة: وفيها يتضيق حقل الوعي (٣٠٪ من الحالات) الذي يزداد مع تطور الورم وحالة فقد الودية العصابية بالنزق والتراوح الانفعالي والانخفاض التدريجي للقوى الذهنية (التجريد والتحليل والتركيب وبطء التفكير وضعف الربط الفكري... الخ) وأحيانا الهذيان.

٢- عشوائية: وتتبدى على شكل نوبات وهي ذات علاقة بالاضطرابات النفسية الدائمة وغالبا ما توحي بتحديد المنطقة الدماغية المتأثرة بالورم.

ومن هذه المظاهر العشوائية نذكر: ١) النوبات الهلوسية (بصرية، سمعية، شمية،) غالباً ما تتخذ شكل الهالة وتكون معادلة لنوبة اختلاجية. و٢) اضطرابات الوعي العشوائية (نوبات تقوسية او غيبة شبه صرعية) و٣) حالة خبلية يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة و٤) نوبات اختلاجية ثانوية.

٣- لدى تطور الحالة تشتد هذه المظاهر ويضاف اليها عوارض ارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

٣- ورم الفص الجبهوي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام (راجع الفقرة السابقة) مع حالة مزاجية خاصة- شمق مصطلحMorie واضطرابات عصبية مميزة لاصابة الفص الجبهوي.

الاضطرابات النفسية الدائمة: وهي تتجلى بحالة من فقد الإرادة والودية تمازجها حالة من الشمق المفتعل مع الميل الى التعليقات الفكاهية ذات الطابع الإيلامي وذلك مع أو بدون ظهور فترات الارادة والودية.

الاضطرابات العصبية: ومن اهمها نذكر الشلل (على أنواعه) واضطراب الارتكاسات العصبية وانعدام تآزر القدرات العقلية والحركية المتمركزة في الفص الجبهوي.

٤- ورم الفص الصدغي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلاوس ونوبات تقوسية والاضطرابات العصبية المميزة لإصابة الفص الصدغي.

الاضطرابات النفسية العشوائية: وهي مميزة لهذا الورم وهي تظهر عادة في إطار الصرع الصدغي (المرافق لهذه الأورام) أما على شكل هالة صرعية و/ أو على شكل معادلته من نوبات نفسية- حسية تتجلى بشكل هلاوس بصرية، سمعية، شمية، ذوقية، أو دهليزية. وتمتاز الهلوسات البصرية، في هذه الحالة، بحركيتها وتعقيدها وشموليتها وبإسقاطها في الحقل البصري الدماغي المعاكس لمكان الورم. ويضاف اليها هلوسات بصرية بعكس مكان الورم. كما تترافق هذه الإضطرابات بحركات تكرارية- نمطية تظهر على أرضية خبلية وأحياناً تصادف هلوسات ذات طبيعة نوامية. كما تلاحظ نوبات حركية على شكل آلية صغيرة (مثل تمثيل حركات العلك والبلع.... الخ) وأيضا تظهر اضطرابات الوعي (خاصة النوبة التقوسية واضطرابات الذاكرة من نوع المألوفات المنسية وأوهام سبق الرؤية).

الاضطرابات العصبية: ومنها النوبات العصبية- النباتية (آلام المعدة والبطن واضطرابات التنفس والاضطرابات الشريانية- الوظيفية).

ويمتاز ورم الفص الصدغي بنوباته الهلوسية (اليمينية أو اليسارية- عكس مكان الورم) وبالإضطرابات العصبية من نوع الحُبسة الحسية.

٥- ورم الفص الجداري :

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام واضطراب صورة الجسد.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.

الاضطرابات العصبية: وتتميز خاصة باضطراب صورة الجسد المتبدي من خلال تناذر غرتشمان (عمه الاحساس بالأصابع واللاحسابية وتعسر الكتابة واضطراب التوجه في المكان الجهتي اليمين واليسار) وتناذر انطوان بابنسكي (فقد الاحساس باعضاء نصف الجسد معمه العاهة وعمه مرافق للشلل النصفي) . كما تمكن مصادفة اضطرابات عصبية من نوع فقد التلمس وعمه وانخفاض الإحساس النصفي العميق والتلمسي) واضطرابات حركية من نوع شلل الأطراف النصفي أو الشلل النصفي ووهن العضلات والعمه الحركي (في حال هيمنة الورم على أحد جانبي الدماغ).

٦- ورم الفص القذالي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلوسات بصرية واضطرابات الحقل البصري.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.

الاضطرابات النفسية العشوائية: هلوسات بصرية غير مركبة (بسيطة) وتكرارية يمكنها أن تسبق النوبات الاختلاجية.

الاضطرابات العصبية: وتتعلق خاصة بمحلل البصر الدماغي وتتبدى بـ: العمه البصري والعمى اللحائي (نادرة) وهلوسات بصرية أحادية الجانب (على اليمين أو على اليسار) – على الجانب المعاكس لمكان الإصابة.

٧- ورم الجسم الثفني:

المظاهر النفسية والجسدية: يضاف الى الاضطرابات النفسية المرافقة عامة للأورام اضطراب مميز هو اللاانتباه Aprosexie.

٨- ورم قاعدة الدماغ:

المظاهر النفسية والجسدية: لا توجد له علائم مميزة عن تلك المعروضة في بند الورم الدماغي غير المتمركز.

١٠ (د) –الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغي

١– مرحلة البداية:

المظاهر الجسدية: ظهور غرنة (قرحة) السفلس (بعد ٢– ١٣ أسبوعا على انتقال العدوى) وتكون عادة في المناطق التناسلية ويكون لونها بلون اللحم البقري.
المظاهر النفسية: نوبات قلقية وردود فعل انهيارية ترافقها أحيانا أفكار انتحارية. ويصف العالم فورينه بعض حالات الإقدام على الانتحار. (ولكن وجود العلاجات الملائمة بات يحد من هذه المظاهر وهي انتقلت الآن الى مرضى الإيدز).

٢– المرحلة الثانية:

المظاهر الجسدية وهذه المرحلة والمراحل التي تليها لا تظهر في حال علاج المرض الحاسم في مرحلة البداية. وهي تظهر اما في حالات إهمال العلاج أو في حالات الخطأ العلاجي. وهي تتظاهر جسدياً بمظاهر الالتهاب التسممي.

المظاهر النفسية: تتبدى على المريض مظاهر "ذهان الالتهاب التسممي Psychose Toxicoinfectieuse حيث نلاحظ مظاهر خبلية (على درجات متفاوتة من الحدة) وحالات انهيارية (نادراً هياج هوسي). كما يمكن للخبل ان يأخذ مظهراً تواهمياً وصولاً الى التظاهرات الهلوسية.

٣– المرحلة الثالثة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتسمى بالمرحلة الوعائية– السحائية لأن التهاب السفلس يصل فيها الى السحايا الدماغية فيؤدي الى اختلال عقلي تدريجي والى ظهور المظاهر العصبية المشتركة بين التظاهرات العضوية– النفسية فيحقق بذلك حالات خبلية– عتهية مختلفة مثل:

١) تناذر كورساكوف الزهري

٢) النسايات (Amnesies)

٣) العلائم الخاصة بتركز الإصابة في منطقة دماغية معينة (مثل الصرع من نوع جاكسون والهلوسات البصرية اليمينية أو اليسارية... الخ)

٤) الأشكال الهذيانية- الهلاسية (عظامية الطابع وشبيهة بالفصام

٥) أشكال الهذيان – النوام مع هياج وذهول وفي هذه الحالات يمكن حدوث الحوادث الدماغية المميتة.

٤- مرحلة السُهام Tabes :

المظاهر النفسية والجسدية: وهي مرحلة تطور الاصابة الزهرية على الصعيد العصبي. اذ تتعدى الإصابة السحايا الدماغية لتبلغ جذور الأعصاب الخلفية وتتسبب بالتهابها. ويحتفظ المريض عادة بقواه الذهنية. ولكن في بعض الحالات يمكن لهذه المرحلة أن تترافق مع اضطرابات نفسية عديدة مثل الميول الانيهارية ونوبات القلق والذهانات الهذيانية المزمنة.

٥- مرحلة الشلل العام:

المظاهر النفسية والجسدية: الى جانب الشلل العام تتجلى، في هذه المرحلة، مظاهر نفسية متشعبة ومختلفة يمكننا تصنيفها وفق مراحل تطورها الثلاث وهي:

١- مرحلة بداية الشلل العام: وفيها يمكن تصنيف الاضطرابات في إحدى الفئات التالية: العصابية (Neurastenie) والصفاقة (Psychopathie) والذهانية.

٢- مرحلة الاستقرار: وفيها تراجع الفعالية الإدراكية (انتباه، ذاكرة، اتصال تركيز) واضطراب الإيماء والقدرة على التعبير والكتابة. كما نلاحظ تراجع القدرة على التحليل العقلاني واضطرابات التحكم بالغرائز والعواطف.

٣- المرحلة النهائية: وفيها تكتمل مظاهر العته وتتبدى تطورات الشلل العام فيفقد المريض القدرة على الحركة وعلى التحكم ببوله وبرازه... الخ.

١٠ (هـ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن الالتهابات داخل الجمجمة.

١ – التهاب السحايا البكتيري Meningite Purulente.

المظاهر النفسية والجسدية: وهو من التعقيدات المحتملة لبعض الالتهابات البكتيرية (المكورات الرئوية والسحائية والمتقوديات وعصويات السل وايبرت والمتقلبة والأشركية القولونية). والتعقيدات النفسية لهذا المرض تكون خطرة (خاصة في التهابات المكورات السحائية والرئوية والتهاب السل). ويبدأ المرض بعلائم الالتهاب التسممي المتصاحب مع علائم اصابة السحايا وتتبدى علائمه في السائل الشوكي وفي تخطيط الدماغ. ولا تلبث هذه العلائم أن تتراجع بعد العلاج. ولكن هذا المرض يخلف عقابيل عصبية ونفسية على درجة من الخطورة.

٢ – التهاب السحايا الفيروسي:

المظاهر النفسية والجسدية: وينجم عن بعض الإصابات الفيروسية. وعلائمه النفسية أقل حدة وخطورة من سابقه وغالبا ما تتظاهر بحالات النعاس ودغش الوعي (Obnubulation) أو تناذر عياء مقرون بعلائم عصبية لإصابة السحايا. وهو لا يترك عقابيل نفسية أو عصبية هامة.

٣ – التهاب الدماغ الوبائي Encephalirw Epidemique:

المظاهر النفسية والجسدية: وهو نادر وله شكلان عياديان:

١ – عيني وسني: مع نوم مفرط يدوم بضعة أسابيع.

٢ – رمع عضلي مؤلم (Algomyoclonie): مع أوجاع حادة، في الذراعين وفي مؤخرة الرأس/ مترافقة مع تشنجات مميزة.

الاضطرابات النفسية: هي اضطرابات ذهانية الطابع (جمود عضلي، هذيان، حالات حلمية، هلوسات بصرية، فقدان الإيمائية).

الاضطرابات العصبية: شلل، خزل (Parese) اسدال الجفن، خزل القدرة على تكيف الرؤية رأرأة (Nystagmus)... الخ غياب الارتكاس البصري- الحركي.
بعد بضعة أسابيع تتراجع هذه المظاهر مخلفة تناذر باركنسون أو تناذر الوهن الدماغي.

٤- التهاب بيضاء الدماغ ما تحت الحاد - Leucoencephalite Sous aigue: أو مرض (Van Bogaret).
المظاهر النفسية والجسدية:وهو التهاب خطر ينتهي غالباً بالموت ويمر في ثلاث مراحل:

١- تغيرات سلوكية (اللامبالاة وفقدان الودية) مترافقة مع نوبات حركية بسيطة ولا حراكية.

٢- تدهور عقلي تدريجي يتبدى بمظهر عتهي مع خرس وصعوبات في البلع وحركات رمعية (تشنجات عضلية لا ارادية) وحركات زفنية (Choreeiforme).

٣- المرحلة الأخيرة وتتميز بالذهول والجمود الشللي (تظهر موجات - Rader Macker- تشبه البنايات في شارع- في تخطيط الدماغ).

٥- التهابات الدماغ الثانوية Encephalits Secondaires:
* التهاب الدماغ عقب اللقاحي:
المظاهر النفسية والجسدية: ويظهر غالباً عقب تناول لقاح الجدري وهو أقل ظهوراً عقب لقاحات الكلب والسعال الديكي. ويظهر بعد ٩- ١٣ يوما من اللقاح. ويبدأ فجأة بعلائم التهابية خطرة (حرارة، استفراغ، صداع) اضافة الى علائم اصابة السحايا. وعلى الصعيد النفسي يظهر النعاس والخبل وعلائم خارج هرمية وشلل.
* التهاب الدماغ الثانوي للقاح جدري الماء (نفس العلائم السابقة).
* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحمى الإلمانية (نفس العلائم السابقة).
* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصبة (نفس العلائم السابقة).

٦- التقيحات الدماغية:

• التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebite): ويرتبط ظهوره بالتهاب علم أو في منطقة قريبة من الوريد. وتختلف مظاهره العصبية باختلاف المنطقة التي يقع فيها. وتتبدى بعلائم التهابية خطرة وباضطرابات على صعيد الوعي.

• الخراج الدماغي: يشبه في التصوير الأورام وتختلف مظاهره باختلاف مكان وجوده. وعلائمه تشبه علائم سابقه ولكنها تختلف من حيث تطوراتها التي تصل الى حدود الغيبوبة.

١٠ (و) الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

تحدد الدراسات علائم مميزة لسلوك المصابين بالصرع. وتعتبرها بمنزلة اضطرابات الشخصية المصاحبة للصرع. وهذه الاضطرابات تختلف في حدتها باختلاف الحالة وباختلاف مدى أزمان المرض وقابلية البؤرة الصرعية للامتداد. وفيما يلي نعرض باختصار لعلائم اضطرابات الشخصية لدى مريض الصرع:

ميل خاص نحو الملموس (concret) وقابلية (تبلغ حدود العناد) للاصرار على تحقيق رغباته وركود التفكير وتوجهه نحو فكرة معينة مع لزوجة التفكير (انخفاض القدرة على التفكير التلقائي).

عدم الثبات الانفعالي المبالغ. بحيث ينتقل المريض من حالة الحبور الى الاكتئاب بسرعة وبدون مبرر. وكذلك فإنه يكون عرضة لنوبات نزوية كثيرة.

بسبب تكرار النوبات (وبحسب حدتها) يفقد المريض تدريجياً قدرته على التكيف الحسي والحركي (يتباطأ هذا التكيف). مع ميل القيام بحركات تلقائية لا معنى لها (هي في رأي البعض نتيجة الخلل الدماغي).

يربط البعض بين ظهور النوبة الصرعية وبين حاجة المريض للتخلص من ضغوطات يتعرض لها.

يرتبط ظهور بعض النوبـات بإثارات محددة. كمثل ظهورها عقب حالة انفعالية معينة أو عقب إثارة بصريـة أو سمعية او لمسية (وتسمى هـذه الحالات بالصرع الارتكاسي).

إن العلاقة بين الصـرع وبين العصاب الهيستيري هـي علاقـة تقتضـي التحري والانتباه لدى بعض المرضى حيث يبدو أن الانفعـالات يمكنهـا أن تفرغ لديهم وفق وسيلتين: الصـرع والنوبة الهيستيرية.

العلائم النفسية المتبدية خلال مراحل النوبة: وتختلف من حالة لأخرى ومنها نذكر: اضطرابـات الذاكرة والحالـة الحلميـة وتكريـات عشـوائية والنوبات التفكرية والنزوية– الغريزية والنوبات النفسية– الإحساسية.

الفصل السابع

الاختبارات النفسية

١ – تصنيف الاختبارات
٢ – اختبار انتقاء القيم
٣ – اختبار الانهيار القلق (DE - AN)
٤ – اختبار إكمال الجمل
٥ – إختبار الميول – النفسية المرضية (W, M)
٦ – مثل تطبيقى لاختبارات الـ TAT
٧ – إختبار الانهيار المقنع
٨ – اختبار الخيال

يعرف العالم Pichot (١) الاختبارات النفسية على أنها مجموعة مواقف تجريبية موحدة ، تستخدم كمثير (أو مهيج) للسلوك . هذا السلوك الذي يجري تقييمه بالمقارنة الاحصائية مع بقية أنماط السلوك التي انتهجها باقي المفحوصين لدى تعريضهم للمواقف ذاتها .

هذا ويتفق الباحثون على ضرورة توافر شروط معينة تؤمن تطبيق الرائز بشكل مثالي . وهذه الشروط هي :

١ – توحيد المواقف التي يحويها الرائز (التعليمات، تسلسل المواقف ومدتها) .

٢ – تسجيل الإجابات بكل دقة وموضوعية .

٣ – التقييم الاحصائي للسلوك .

٤ – تصنيف الاجابات في مجموعات معتمدة كمراجع .

تصنيف الاختبارات النفسية :

إن تصنيف هذه الاختبارات هو من الصعوبة بمكان . فهذه الاختبارات أصبحت تعد بالألف . ولو صح القول فإن لكل فاحص نفسي رائزه الخاص به أو على الأقل فإن لكل فاحص طريقته الخاصة في علاج نتائج الاختبار وفي وضع التشخيص الذي توحي به هذه النتائج .

بناء على هذه المعطيات أتفق على تقسيم الاختبارات النفسية إلى ثلاث مجموعات هي :

أ – إختبارات (أو روائز) الشخصية .

ب – الاختبارات الاسقاطية (Tests Projectives) .

جـ – اختبارات الفعالية .

---

١ – Pichot , P. " La Personalite " Ed. Dacosta Paris 1973 .

أ – الاختبارات الشخصية :

تختلف هذه الاختبارات في تقنياتها وفي طرق تطبيقها . كما تختلف أيضاً باختلاف نظريات الشخصية ([٢]) . ومن هنا ينبع هذا التباين ، الذي سنلاحظه لاحقاً بين هذه الاختبارات . التي سنعرض لأهمها .

١ – إختبار إيزنك (Eysenck) : ويتألف هذا الاختبار من ٥٧ سؤالاً موزعاً لتحديد ثلاثة عوامل : ١) الانفتاح – الانغلاق الاجتماعيين ، ٢) العصاب ، ٣) الكذب .

٢ – إختبار كاتيل (Cattel) : ويحتوي على أربعين سؤالاً (موقفاً) وعلى المفحوص أن ينتقي إجابة واحدة من ثلاث إجابات مقترحة . وهذا الاختبار يطبق على من تعدوا سن الـ ١٤ – ١٥ عاماً .

ومن شأن هذا الاختبار أن يساعدنا في تحديد عاملين مهمين هما :

أ – التمييز بين القلق الظاهر والقلق المستتر .

ب – تحديد عوامل الشخصية المسؤولة عن إصابة المفحوص بالقلق .

٣ – إختبار Minnesota أو المتعدد المراحل : وهو من ضروريات علم النفس العيادي . إذ يساعد الفاحص على تقييم عوامل شخصية المفحوص بشكل دقيق . وكذلك فهو يساعد الفاحص على تبين المظاهر الدالة على اضطراب شخصية المفحوص .

ويحتوي هذا الاختبار على ٥٥٠ جملة متضمنة إشارات إلى مختلف الميادين بدءاً بالصحة الجسدية مروراً بالمواقف الأخلاقية وصولاً إلى السلوك الاجتماعي

---

[٢] – راجع نظريات الشخصية في هذا الكتاب .

للمفحوص . ويطلب من المفحوص تصنيف إجاباته في ثلاثة خانات هي : ١) صح، ٢) خطأ ، ٣) لا أعلم .

ووفق إجابات المفحوص يتم تصنيفه في واحد من المجموعات التسعة العيادية التالية :

١ – هاجس المرض	(Hs) Hypocondria
٢ – الانهيار	(H) DéPression
٣ – الهيستريا	(Hy) Hystèrie
٤ – تحول نفسي – مرضي	(Pd) Déviation Psychopath
٥ – الربّحي	(Hf) Intérrêt
٦ – العُظامي	(Pa) Paranoique
٧ – البسيكاستانيا	(pt) Psychasthénique
٨ – الفصامي	(Sc) Schisophrénique
٩ – منخفض القدرة الهوامية	(Ma) Hypomanie

٤ – اختبار الميول المرضية – النفسية أو اختبار (-V/oodwrth Mathwes) : (سنعرض لاحقاً هذا الاختبار كاملاً كمثال تطبيقي في نهاية الفصل) .

ب – الاختبارات الاسقاطية :

يهدف استعمال الطرق الاسقاطية للفحص النفسي إلى التعرف على شخصية المفحوص بوصفها كلا متكامل . أي دون تجزيء لهذه الشخصية إلى مكوناتها . وتتلخص الطرق الاسقاطية بمواجهة المفحوص بمجموعة من المواقف غير المحددة (غير واضحة). بحيث تكون إجاباته انعكاساً لميوله العميقة ولكن أيضاً للبنية العامة لشخصيته .

وهذه الاختبارات تستدعي بديهة المفحوص وسرعة تصرفه . وهي بهذا تعطي المفحوص حرية أكبر من بقية الاختبارات .

وإذا أردنا تصنيف الاختبارات الاسقاطية فهي تأتي كالتالي :

١ - الاختبارا الترابطية (Associatives) مثل اختبار رورشاخ واختبار شترن (Stern) .

٢ - الاختبارت البنائية وهي اختبارات الـ T. A. T والـ MAPST .

٣ - اختبارات إتمام الجمل أو الصور أو الحكايات. (وسنعطي عليها مثالاً تطبيقياً في نهاية الفصل) .

٤ - اختبارات الإنتقاء وأهمها إختبار سوندي .

٥ - الاختبارت التعبيرية ومنها إختبار كوخ (Koch) أو رسم الشجرة واختبار رسم العائلة .

ولنحاول الآن أن نعطي فكرة عن هذه الاختبارات من خلال شرح ملخص لمبادئها ونبدأ بـ :

أ ـ اختبار رورشاخ (٣) : إن هذا الإختبار هو أشهر الاختبارات الاسقاطية للبالغين على الإطلاق وهو بالتالي أكثرها استعمالاً وخاصة في الطب النفسي للبالغين .

وهذا الاختبار مكون من عشرة لوحات تمثل صوراً غير محددة المعالم (أنظر الصور) سوداء أو ملونة . ولكنها جميعاً متوازية بالنسبة لخط يمر في وسطها .

---

٣ - للتعمق في هذا الموضوع أنظر ملف العدد السادس عشر من مجلة الثقافة النفسية وهو مخصص لشرح المنطلقات النظرية لهذا الاختبار وتطبيقاته .

وهذا الاختبار يطلب من المفحوص أن يطل الصورة ملغاً عما يراه هو شخصياً في هذه الصورة. وكل جواب يعطيه المفحوص يُصنف من قبل الفاحص وفق ثلاثة معايير هي : ١) طريقة فهم المفحوص للصورة، ٢) محتوى تفسيره للصورة، ٣) العامل المحدد للصورة . مثل عن اختبار الشخصية (رورزشا) حيث يتوجب على المفحوص أن يقول لنا مثلاً يرى في هذه الصورة غير المكتملة والملونة (تلعب الألوان دوراً إيحائياً مهماً) .



على المفحوص أن يخبرنا عما يراه في هذه الصورة .

ب ـــ إختبار الـ T. A. T أو اختبار تفهم الموضوع Thematique Aperception : يتكون هذا الاختبار من ثلاثين صورة أبيض وأسود تمثل أشخاصاً يقومون بنشاط ما ، في مواقف وأوضاع ، غير واضحة ، على درجة عالية من الغموض وإمكانية الالتباس . وتتمحور فكرة الاختبار حول قدرة المفحوص على تمييز وتعريف بطل الحكاية التي يخترعها لكل صورة .

على إننا سنعطي مثالاً تطبيقياً لهذا الاختبار في نهاية هذا الفصل

جـ – إختبار روزنزفايج (Rosenzweig) : وهو كناية عن إختبار ردة فعل المفحوص أمام المواقف الصراعية . والاختبار مكون من ٢٤ لوحة تمثل كل منهما شخصين في موقف من المواقف الإحباطية .

د – إختبار سوندي (Szondi) : يهدف هذا الاختبار إلى فحص أعماق الشخصية طبيعية كانت أو مرضية . ويملك هذا الاختبار أهمية قصوى على أكتشاف تأثير الصراعات على تصرفات المفحوص، وعلى فحوى هذه التصرفات (الميول المكبوتة لدى المريض) ، وأخيراً يهدف الاختبار إلى التعرف على الدينامية النفسية العميقة للمفحوص .

تتمثل أدوات هذا الاختبار بست مجموعات تتألف كل منها من ثماني صور تمثل مرضى عقليين . يعرضها الفاحص تباعاً طالباً من المفحوص إنتقاء صورتين تعجبانه من كل مجموعة إضافة إلى صورتين تسببان له النفور .

من خلال هذا الإنتقاء يفترض واضع الاختبار أنه بالإمكان دراسة شخصية المفحوص، وذلك إنطلاقاً من فكرة أن الصور المحببة للمفحوص إنما تمثل أناه لأنها تحوي العوامل الغريزية المنسجمة مع ميوله الحالية . فهي إذاً منسجمة مع أناه

أما الصور المنفرة أو المثيرة لاشمئزاز المفحوص فهي تعكس الواجبات والالتزامات التي يرفضها المفحوص .

وهكذا فإن من شأن هذا الانتقاء أن يحدد ميول وعلائم شخصية المريض .

هـ – إختبار لوشر (Luscher) : ويتلخص بأن نقدم للمفحوص ثماني أوراق ملونة طالبين منه تصنيفها وفق تفضيله للألوان . وقد أثبتت بعض الأبحاث أن هنالك علاقة بين تفضيل أو رفض لون معين وبين بعض الأمراض النفسية . إلا أن هذا الاختبار يبقى بعيداً عن التطبيق في مجال الطب النفسي .

ج – إختبارات الفعالية :

أو إختبار العمليات الادراكية : وكما يوحي اسمها فانها تقيس بعداً واحداً من أبعاد الشخصية كالذاكرة أو الانتباه أو التفكير ... الخ وتقسم هذه الاختبارات إلى :

١ – إختبارات الانتباه ومنها : إختبار بوردون Bourdon، اختبار تولوز – بيروني Toulouse-Piéron

٢ – إختبارات الذاكرة ومنها : جيل R. Gille ، وكسلر D. Wechsler ، بينيه A. Binet

٣ – إختبارات المستوى الذهني ومنها : إختبار وكسلر Wechsler و W.I.S.C. و W. A. I. S. وإختبار رافن Raven وإختبار غولدشتاين شيرير Goldstein - Scheerer ... الخ .

ونكتفي بهذا القدر من الكلام عن إختبارات الفعالية . ففي ميادين عالم النفس لا يمكننا أن نفصل دراسة عامل من عوامل الشخصية عن بقية هذه العوامل . فنحن مثلاً لا نستطيع أن نفصل الذاكرة عن الذكاء أو عن الانتباه أو عن الخيال ... الخ .

فيما يلي نورد أمثلة تطبيقية على بعض هذه الاختبارات .

د – أمثلة تطبيقية :

بعد عرضنا لمختلف أنواع الاختبارات النفسية وإعطائنا لبعض الأمثلة عليها فإننا سنعرض الآن أمثلة تطبيقية لكل مجموعة . متوخين إختيار الروائز الأسهل تطبيقاً والأفضل مردوداً عيادياً . وفي هذا السبيل فقد اخترنا الاختبارات التالية :

١ – إختبار إنتقاء القيم .

٢ – إختبار (DE - AN) .

٣ – إختبار إكمال الجمل .

٤ – إختبار الميول المرضية النفسية (W. M) .

٥ - مثل تطبيقي على اختبار الـ (T. A. T) .

٦ - إختبار الانهيار المقنع .

٧ - إختبار القدرة التخيلية (الخيال) .

١ - إختبار إنتقاء القيم :

وهذا الاختبار هو أكثر الاختبارات إستعمالاً فـي ميدان الطـب النفسي . وذلك نظراً لبساطته ، وسهولة تطبيقه وكذلك سهولة استخلاص نتائجه بعد قيام الفاحص بإجراء فحصه العيادي .

وهذا الاختبار كناية عن مجموعة من الأوراق (٣٥ ورقة) مثل أوراق اللعب . كتبت على كل ورقة منه كلمة ذات مغزى فكري - وجداني مثل : طعام ، جبال ، أولاد، حياة، غابات، دراهم، سيارة، عائلة، ثروة، أزهار، أغنية، موت، متحف، هدوء، طبيعة، طفولة، موسيقى، بحر، صداقة، مسافرين، مسرح، نبيذ، حلويات، سينما، ربيع، فقير... الخ.

يُطلب من المفحوص أن يقرأ أولاً كل الكلمات المكتوبة على الأوراق، وبعدها يجب على المفحوص أن ينتقي خمسة أوراق (من الـ ٣٥) ويقدمه الفاحص، ويعيد الكرة مرتين أخريين بحيث يعطي الفاحص ١٥ ورقة.

في غضون ذلك على الفاحص أن يراقب بحذر جميع حركات وكلمات المفحوص .

ومن أجل استخلاص النتائج من خلال هذا الاختبار الاسقاطي، كما نلاحظ، على الفاحص أن يعرف بأن المفحوص المنفتح اجتماعياً ينتقي الكلمات الملائمة لهذا الوضع مثل : صداقة، مسرح، ربيع ... الخ. في حين أن المنغلق اجتماعياً ينتقي كلمات مثل : هدوء، طبيعة ، جبال، غابات... الخ. على أنه في بعض الحالات المتقدمة للانغلاق الاجتماعي مثل الميل للعزلة المرافق لحالات الانهيار فإن

المفحوص قد يقدم للفاحص خمس أوراق حتى دون أن ينظر إلى ما كتب عليها من كلمات. وهذا يعكس موقف المنهار الرافض للفحص وللعلاج النفسيين. وهذا الموقف ذاته يعكس الشخصية الشبه الإنفصامية .

٢ – إختبار (DE - AN) الانهيار والقلق :

في هذا الاختبار نقدم للمفحوص التعليمات التالية : " اقرأ بعناية الجمل الواردة في هذا النص، أعط نفسك الوقت الكافي للتفكير وأخيراً ضع علامة × تحت الإجابة التي تراها مناسبة لوضعك (تقسم الإجابات إلى ١) على الأرجح نعم، ٢) إلى حد ما، ٣) على الأرجح لا ، ولحالتك الحاضرة. لا تستشر أحداً وجاوب بكل جدية.

أما أسئلة الاختبار فهي أربعون :	على الأرجح	إلى حد	على الارجح
١– أحس بأن الحياة جديرة بأن تعاش	....	....	....
٢– عندما أنهض من نومي أحس بأن نهاراً تعيساً ينتظرني	....	....	....
٣– يبدو لي المستقبل واعداً ومليئاً بالآمال	....	....	....
٤–كان من الأفضل لي لو أني لم أولد	....	....	....
٥ – أحس بأن الحياة تعرضني للخيبات أكثر مما تعطيني من السعادة	....	....	....
٦– عندما أستيقظ صباحاً أشعر بأن نهاراً مهماً ينتظرني	....	....	....
٧– بالنسبة لي فاني أعتبر أن العيش هو بمثابة مغامرة لذة وجميلة	....	....	....
٨– أود أن أتخلص من كل ما حولي	....	....	....
٩– أنا أنسان سعيد	....	....	....

	على الأرجح	إلى حد	على الارجح
١٠- بالنسبة إليَّ فإن الأمـــور ســارت بشكل مقبول	....	....	....
١١- يبدو لي أن المستقبل حـالك السواد بحيث أتساءل عما إذا استحقت الحياة أن تحياها لآخرها	....	....	....
١٢- أحس بـأن الحيـاة تعنـي الركـود والملل	....	....	....
١٣- أحس بأني شقي وحزين	....	....	....
١٤- عندما أنظر الخلف أرى أن الحياة كانت لطيفة معي	....	....	....
١٥- أعاني نوبـات بكاء أو أحس بـأني على وشك البكاء	....	....	....
١٦- أنام نوماً مضطرباً في الليل	....	....	....
١٧- أنا آكل بشراهة	....	....	....
١٨- أنا لا أزال أحصل على كفايتي من حياتي الجنسية	....	....	....
١٩- ألاحظ فقداني لبعض الوزن فـي الفترة الأخيرة	....	....	....
٢٠- أعاني غالباً من الإمساك	....	....	....
٢١- قلبي يخفق بسرعة أكثر من المعتاد	....	....	....
٢٢- أتعب من لا شيء	....	....	....

	على الأرجح	إلى حد	على الارجح
٢٣- أحافظ على صفاء ذهني كما في الماضي	....	....	....
٢٤- أستطيع القيام وبسهولة بالأعمال التي كنت أقوم بها في الماضي	....	....	....
٢٥- أنا مضطرب بحيث أني لا أستطيع المكوث طويلاً في مكان واحد	....	....	....
٢٦- آمل بالمستقبل وأؤمن به .	....	....	....
٢٧- أحس بأني مُترفز أكثر من العادة	....	....	....
٢٨- آخذ قراراتي بسهولة	....	....	....
٢٩- أحس بأني ذو نفع وبأن الآخرين بحاجة لي	....	....	....
٣٠- إن حياتي ذاخرة وملأى بالأحداث	....	....	....
٣١- أحس بأن بعضهم سيعيش بطريقة أفضل في حال موتي	....	....	....
٣٢- لا أزال أجد لذة في الأعمال التي تعودت على القيام بها	....	....	....
٣٣- أترفز وأخرج عن طوري بسهولة	....	....	....
٣٤- عندما أنفعل أو أكون عرضة للمفاجأة فأني أصبح عصبياً ونزقاً	....	....	....
٣٥- أنا هادىء وصعب الاستثارة	....	....	....

	على الأرجح	إلى حد	على الارجح
٣٦- عندما تسير الأمور إلى الأسوء فإني أغضب وأحزن عوضاً عن التفكير في الحلول	....	....	....
٣٧- عند الانتظار أفقد أعصابي	....	....	....
٣٨- أنا إنسان ذو أعصاب متشنجة دوماً	....	....	....
٣٩- أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	....	....	....
٤٠- أعاني من ارتجاف اليدين عندما أود القيام بعمل ما	....	....	....

لا تراجع الإجابات

لا تقارن بين الأسئلة أو تربط بينها

والفاحص الذي يعرف علائم كل من الانهيار والقلق يستطيع وبسهولة أن يحدد درجة إصابة المفحوص بالانهيار أو القلق أو الأثنين معاً من خلال إجاباته على هذه الأسئلة .

٣ - إختبار إتمام الجمل :

في هذا الاختبار تعطى للمفحوص التعليمات التالية : أكمل معاني الجمل التالية بالمعنى الذي يخطر ببالك فور قراءتك للجملة . أعمل وكأنك لا تفكر وأترك نفسك على سجيتها في إتمام هذه الجمل .

١- يحسُّ بالسعادة عندما ....

٢- قبل أي عمل يقوم به فهو يفضل أن ...

٣- عندما اكتشفَ عادل بأنه متورط ...

٤- لا شيء يزعج سعيد مثل ....

٥- إن أكبر طموحات جهاد هي ....

٦- عندما رأى عامر رئيسه قادماً ....

٧- يحس وسام بعدم الرضى عندما ....

٨- دائماً أخاف من ....

٩- عندما يلتقي دريد أمرأ فهو ....

١٠- إن أول ما يجعل فواز نادماً هو ....

١١- أتمنى من كل قلبي أن ....

١٢- لاشيء يُغضبُ رياض مثل ....

١٣- سالم يتألم لأنه ....

١٤- بشارة يعتقد أن مستقبله ....

١٥- إن عامل عدم نجاحه في ....

١٦- حياة المرء تقتضي ....

١٧- عندما أدرك أن الآخرين هم أكثر نجاحاً منه عمد إلى ....

١٨- في كل مرة عندما لا يكون مدعواً فهو ....

١٩- بما أنهم أولاد ....

٢٠- أنا أبذل ما في وسعي كي..

٢١- بالرغم من كل المآسي التي مرت بي ، فإني في المستقبل ....

٢٢- إن عدم وجود من يساعده دفع بفايز إلى ....

٢٣- إن ما يضايق فايز إلى حد الاختناق هو ....

٢٤- إن إثارة طموحه من الآن فصاعداً مرتبطة بـ ....

٢٥- عائلة سالم كانت..

٢٦- عندما يكون بدون إلتزامات يعجبه ....

٢٧- إن الخسارة التي تعرض لها جعلته ....

٢٨- أنا لا أحس بأني على طبيعتي عندما ....

٢٩- إن أملي الوحيد في هذه الحياة هو ....

٣٠- لاشيء يتعب المرء مثل ....

٣١- قدري هو ....

٣٢- إنه يئس من الحياة لأن ....

٣٣- تقولا سيقبل كل ما في وسعه لكي ....

٣٤- سليم يتألم كثيراً كي ....

٣٥- إن مرؤوسيَّ (العاملين تحت إمرتي) ....

٣٦- قدري كان يفضلُ ألا ....

٣٧- عندما دخل تميم إلى مكتب المدير ....

٣٨- والد سالم ....

٣٩- جمال يتذمر ويضجر بعد أن ....

٤٠- إن ما يحبه في نفسه ويقدره هو ....

٤١- عندما ٧علم علي بأنهم يخونوه ....

٤٢-أنه يعتقد أني ....

٤٣- كان يسخر من طريقة جابر في الكلام لغاية أنه..

٤٤- كان من الممكن لدريد أن يعمل بطريقة أفضل لو ....

٤٥- حلم حياتي هو ....

٤٦- أنه يحس أنه صغير في عيني نفسه عندما..

٤٧- إنه يحضرُ يومياً على أمل أن..

٤٨- عندما قيل له بأنه خطر ....

٤٩- إن التجارب علمته أن ....

٥٠- الواجب ....

من خلال المعاني التي يعطيها المفحوص لهذه الجمل يستطيع الفاحص أن يتبين أبعاد شخصية المفحوص. وذلك من خلال تصنيف ميول المفحوص في واحدة من الصفات التالية :

١- وجود أفكار مسيطرة على وعي المفحوص مثل المحافظة على الصحة، الخوف من الأمراض، الجنس وفي حالات المرض أفكار هذيانية أو غيرها.

٢- الميول التشاؤمية : التخيلات الحزينة، اليأس من الحياة ومن المستقبل، سيطرة فكرة الموت، التفكير بالانتحار، الشعور بأنه مكروه، الانهيار الظاهر، الاحباط، الخوف من الفشل، التوق إلى الراحة، القلق، البعد عن المنطق، الندم على عدم التمتع في الحياة، الشك في كل ماحوله، الضجر ... الخ.

٣- الميول المتفائلة : الرغبة في تحقيق الذات، الأمل في المستقبل، الميل للملذات، حب الحياة، الرغبة في تحقيق النجاحات، الرغبة في العمل، الرغبة في الوصول إلى وضع مثالي، خلق المثال .... الخ.

٤- إنحرافات غريزية تثير الميل لحب الحياة : الرغبة بمجاراة الموضة، الاهتمام بالهندام، الرغبة باقتناء سيارة أو .... الخ.

٥- عوامل نفسية ذات دلالة خاصة :

أ - اضطرابات النوم .

ب - الايروسية (Erotisme)

جـ - الاستدخال (Interiorisation)

د - القدرة المتنامية على التفكير

هـ - التدين أو التوظيف الديني (Investissement Réligeux)

و - اضطراب غريزة التغذية (راجع اضطرابات الغرائز)

ز - التوظيف الفني . (Investissement Artistique)

٤ - اختبار الميول المرضية ـ النفسية أو Woodworth - Mathwes

ويحوي هذا الاختبار على ٧٦ سؤالاً يجب على المفحوص أن يقرأ كل منها بروية وتمعن ومن ثم يجاوب عليها بنعم أو لا . وهذه الأسئلة هي

١ - هل لديك رغبة بأن تبدأ الشجار ؟

٢ - هل تخاف من الظلام ؟

٣ - هل تخاف من الرعد والعواصف ؟

٤ - هل تخاف المرور في نفق ؟

٥ - هل تخاف اجتياز جسر فوق الماء ؟

٦- هل تخاف من الماء ؟

٧ - هل تراودك فكرة القفز إلى الماء عند مرورك فوق الجسر ؟

٨ - هل تخاف أكثر من الآخرين ؟

٩ - هل تخاف في الليل ؟

١٠- هل تسمع في الليل أصواتاً توحي لك بالخوف ؟

١١- هل تحلم أحياناً بأشخاص ماتوا ؟

١٢- هل تقضم أظافرك أحياناً ؟

١٣- لدى إنفعالك هل تعاني التأتأة ؟

١٤- هل تستطيع المكوث طويلاً دون أن تنبس بكلمة ؟

١٥- هل لديك عادة تحريك الرقبة أو الرأس أو الكتفين أو الرجلين ؟

١٦- هل يعجبك دائماً أن تغير نشاطك أو عملك ؟

١٧- هل يحصل أن ينتبه الآخرون لشرودك ؟

١٨- هل يعجبك أن تزاول لفترة طويلة نفس النشاط ؟

١٩- هل تبكي أحياناً بسبب الخسائر التي تلحق بك ؟

٢٠- هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون ؟

٢١- هل تتضايق من رؤية الدم ؟

٢٢- هل تعاني غالبا من الآلام ؟

٢٣- هل يحصل لك غالبا صعوبات في التنفس ؟

٢٤ - هل تشعر عادة بأنك معافى وقوي ؟

٢٥- هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم ؟

٢٦- هل تشعر غالبا بالتعب ؟

٢٧- هل أنت ضجر في معظم الأحيان ؟

٢٨- هل تعاني غالبا من الصداع ؟

٢٩- هل توجد أطعمة لا تحتمل مجرد رؤيتها ؟

٣٠- هل توجد أطعمة يصعب عليك هضمها ؟

٣١- هل تنام عادة كما يجب ؟

٣٢- هل تعلم دائماً ما تريد عمله ؟

٣٣- هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك ؟

٣٤- هل تؤمن بالحدس (التنجيم ، الابراج ....الخ) ؟

٣٥- هل راودتك لغاية الآن فكرة الهرب من بيتك ؟

٣٦- هل شعرت لغاية الآن بالميول والدافع للهرب من بيتك ؟

٣٧- هل سبق لك أن هربت من المنزل ؟

٣٨- هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو ساحة واسعة ؟

٣٩- هل تخاف أحياناً من الأماكن المغلقة ؟

٤٠- هل تخاف كثيراً من النار ؟

٤١- هل راودتك لغاية الآن فكرة الاحراق ؟

٤٢- هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم ؟

٤٣- هل تعجبك صحبة الآخرين ؟

٤٤- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً من أن تكون مع الآخرين ؟

٤٥- هل يتقبلك الآخرون ؟

٤٦- هل تغضب كثيراً ؟

٤٧- عادة هل يعجبك أن تكون الآمر الناهي ؟

٤٨- عامة هل أنت مسرور ومكتفي ؟

٤٩- هل يراودك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين ؟

٥٠- هل يراودك أحياناً الشعور بأن أحداً لا يفهمك ؟

٥١- هل تفكر بأن لك حياة أخرى غير حياتك العادية ؟

٥٢- هل يراودك الشعور بأنك ولد متبنى ويصعب عليك التخلص من هذا الشعور ؟

٥٣- هل تراودك أفكار أخرى متشابهة ؟

٥٤- هل أنت غالباً متأفف، ضجِر وتعيش من فكرة مفادها أن الأشياء حولك مخادعة ؟

٥٥- هل تصادق بسرعة ؟

٥٦- هل يراودك أحياناً الشعور بأنك مذنب ؟

٥٧- هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين ؟

٥٨- هل تفكر أحياناً بأن لا أحد يحبك ؟

٥٩- هل يصعب عليك التعود والتكيف مع محيط عملك ؟

٦٠- هل يصعب عليك العيش الهادىء في بيتك ؟

٦١- عائلتك هل تعاملك جيداً وهل هي عادلة معك ؟

٦٢- رؤساؤك هل يعاملونك جيداً ؟

٦٣- هل تزعجك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك ؟

٦٤- هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيذاءك ؟

٦٥- هل غضب عندما يعارضك الآخرون ؟

٦٦- هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب ؟

٦٧- هل تغضب أحياناً من أجل تواقه ؟

٦٨- هل أغمي عليك ولو لمرة واحدة ؟

٦٩- هل يغمى عليك في مناسبات معينة ؟

٧٠- هل تشعر أحياناً باضطراب بالنظر ؟

٧١- هل تعجبك مهنة تتعلق بذبح الحيوانات أو قتلها ؟

٧٢- هل تمنيت الشر لأحد ؟

٧٣- هل تتندر بالآخرين لدرجة تثير بكاءهم أحياناً ؟

٧٤- هل تشعر بالسعادة إذا ألحقت الأذى بشخص ما ؟

٧٥- هل تشعر بالسعادة لدى تعذيبك لحيوان ما ؟

٧٦- هل راودتك فكرة السرقة لغاية الآن ؟

وهذا الاختبار يقيس الميول المرضية التالية :

١- الرهاب والمخاوف : المتمثلة بالخوف غير المبرر ويمكن استنتاجها من الأسئلة (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٢٥، ٢٦، ٣٢، ٣٣، ٣٦، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢) ومعاملها القياسي ٢٤ نقطة .

٢- الميول الانفعالية : المتمثلة بعدم التوازن الانفعالي أو باضطرابه. ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة :(١، ٢، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢١، ٣٤ و٤٠). ومعاملها ٢٨ نقطة .

٣- الميول الانفصامية : أو الميل نحو العزلة وعدم الثقة بالنفس والتماسة . ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (٢٧، ٣٥، ٤٣، ٤٤، ٤٦، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤). ومعاملها القياسي ٣٠ نقطة.

٤- البارانويا : السظام أو الشعور بالاضطهاد ويمكن استشفافها من خلال الأسئلة : (١، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٧، ٥٣، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤ و٦٥) ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٥- الميول نحو فقدان المنطق : وتتجلى من خلال الأسئلة التالية : (٩، ١٠، ٣١، ٣٧، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٩ و٧٠). ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٦- ميول نحو عدم الاستقرار : المتجلية بالرغبة الدائمة بالتغيير وبالتردد وهذه الميول يمكن استشفافها من خلال الأسئلة (١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ٣٥ و٣٦) ومعالمها القياسي ٥٢ نقطة .

٧- ميول معادية للمجتمع : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٠، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦) ومعاملها القياسي هو ٥٢ نقطة .

٨- الميول الانهيارية : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٤٦، و٥٦) ومعاملها القياسي ٢٦ نقطة .

٥- اختبار الـ T. A. T :

ويسمي هذا الاختبار أيضاً باختبار الصور لـ (MURRAY) وهو مؤلف من ثلاثين صورة . وكمثال تطبيقي لهذا الاختبار اخترنا أحد مشتقاته وهو اختبار (مدن) (*) وهو مؤلف من تسع صور فقط وباللونين الأبيض والأسود. وهذه الصور تحوي أشخاصاً غير محددي الملامح وغير مكتملي الرسم بحيث يستطيع كل

(*) للتعمق أنظر كتاب : إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩ .

مفحوص أن يرى هؤلاء بالأوضاع والرموز المنسجمة مع ميوله ومع إنفعالاته الحالية . وهذا ما يهدف الاختبار إلى تحديده. ونعطي للمفحوص التعليمات التالية :

أمامك تسع صور تعبر عن أفكار ورموز مختلفة. الشخص الموجود في الصورة يمكن أن يبدو لك واضحاً منذ النظرة الأولى كما يمكن أن تجد بعض الصعوبة في اكتشافه. لأن أشخاص الصور غير محددين بشكل جيد وأحياناً غامضون.

بعد اكتشافك لهؤلاء الأشخاص المطلوب منك هو أن تحدد أمرين هما :

أ ـ ماذا يفعل شخص الصورة أو أشخاصها .

ب ـ كيف تتخيل سير الأمور في المشهد الذي تمثله الصورة .

استعمل قلماً من الرصاص لكتابة جوابك على هذين السؤالين في المساحة البيضاء الواقعة إلى جانب الصورة والمخصصة لذلك .

لديك الوقت الذي تريده ريثما تعطي أجوبتك .على أننا لا ننصحك أن تقف طويلاً أمام الصورة إذ أنه من الأفضل أن تعطي الأجوبة وفقاً للانطباع الأول الذي توحي به لك هذه الصورة . وذلك حتى لا تتورط في متاهات نقد الصورة أو نقد جمالياتها... الخ. أكتب كل ما يخطر في ذهنك وكل ما توحي به لك هذه الصورة.

كل الأجوبة تكون قيمة إذ لا يوجد جواب صح وآخر خطأ. على أن أفضل الأجوبة هو ذلك الجواب العفوي الذي يعكس أولى ردات فعلك أمام ما توحي به لك الصورة .

(عندما تحلل الصور من الأفضل أن تغطي باقي الصور بورقة بيضاء حتى لا تعكر انتباهك).

والآن نعرض الصور التسعة مرقمة من واحد إلى تسعة.

ملاحظات



الصورة ١



الصورة ٢

ملاحظات

الصورة ٣ — ملاحظات



الصورة ٤ — ملاحظات



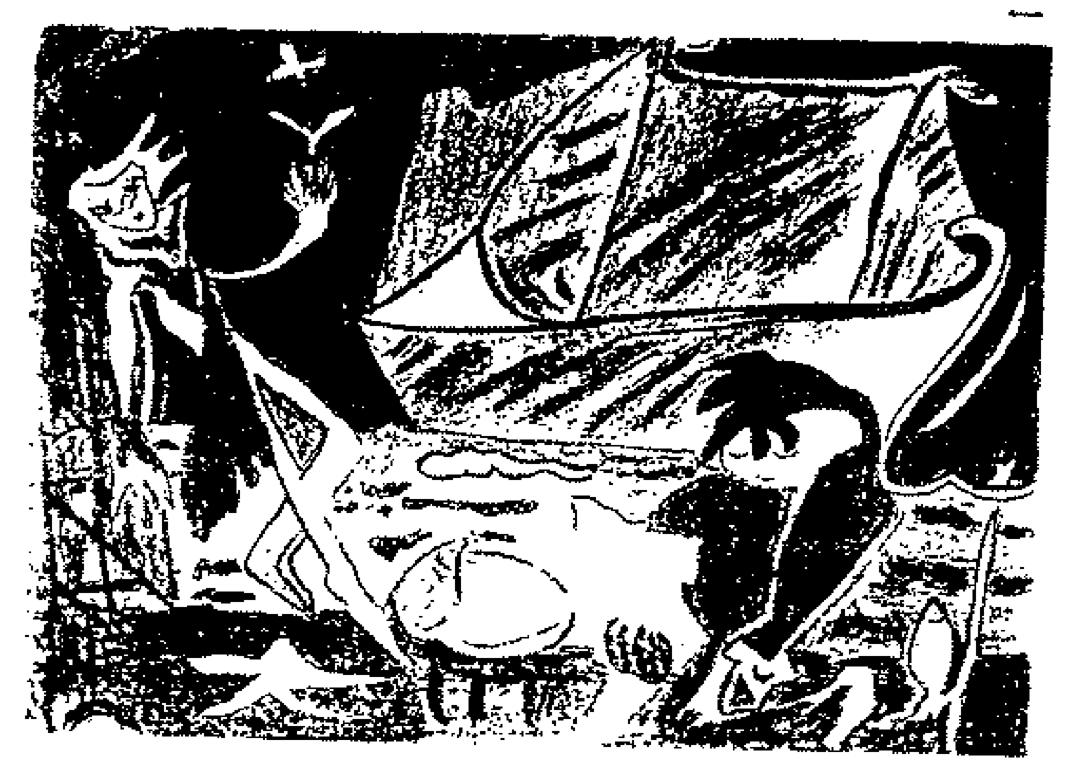
الصورة ٥ ملاحظات



الصورة ٦ ملاحظات







صورة ٨ — ملاحظات



الصورة ٩  ملاحظات

والحقيقة أن نتيجة هذا الاختبار ترتهن أساساً بالأهمية التي يعولها الفاحص عليه. على أن مايهمنا الآن هو عرض تقنية استخراج نتائج هذا الاختبار. وسنركز شرحنا على طريقة تحديد الحالة المزاجية للمفحوص. وهذا التحديد يتم من خلال استعراضنا لردود المفحوص على السؤالين : أ) من هو (أو هم) الشخص (أو الأشخاص) الظاهرين في الصورة. ب) كيف تسير الأمور في هذا المشهد. ونعطي للمفحوص :

١) علامة صفر على الأجوبة المتحجرة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل شخصاً .

٢) علامة ناقص ٢ (−٢) على الأجوبة الهلعة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل رجلاً مشوهاً ومخيفاً .

٣) علامة ناقص ١ (−١) على الأجوبة ذات الميول التشاؤمية الخفيفة كأن يجب على الصورة ٤ بأنها تمثل حديقة الحب الضائع .

٤) علامة واحد (+١) على الأجوبة ذات المسحة التفاؤلية كأن يجيب على الصورة ٥ بأنها تمثل حلاوة الربيع وفرحة الناس بقدومه .

ولكل صورة علامتان مختلفتان تتعلق بالإجابة على السؤال أ) من هم الأشخاص؟ فإذا أتت الإجابة على الصورة ٥ بأنهم أناس فرحون بقدوم الربيع

ويرقصون طرباً لقدومه أعطينا الأجابة (أ) علامة (+٢). أما السؤال ب) كيف تسير الأمور في المشهد؟ فإذا أتت الإجابة هو الربيع بجماله وبهجته أعطينا الإجابة (ب) علامة (+٢) .

على أن هنالك علامة ثالثة هي علامة (ج) وهي تساوي (ب – أ) وفي مثالنا عن الصورة الخامسة حيث أعطينا +٢ لكل من أ و ب فإن ج في هذه الحالة تكون ٢ - ٢ = صفر .

وبعد إنتهائنا من استعراض ردود المفحوص وإعطاء العلامات المناسبة لها علينا أن نقوم بنقل هذه العلامات إلى الجدول التالي :

	أ وصف الصورة					ب سير الأمور في الصورة					ج مقارنة أ و ب		
العلامات	٢-	١-	٠	١	٢	٢-	١-	٠	١	٢	–	٠	+
الصورة ١													
الصورة ٢													
الصورة ٣													
الصورة ٤													
الصورة ٥													
الصورة ٦													
الصورة ٧													
الصورة ٨													
الصورة ٩													
المجموع الجزئي													
المجموع													
معدل أ + معدل ب مقسومين على (٢)													

وبما إننا إعتمدنا قياس مشاعر التفاؤل والتشاؤم (تحديد الكآبة والقلق) فسنتابع الشرح على هذا الاساس. إذ أننــا بعد تتمة الجدول نقوم بمراجعة مجموع الـ (أ) وكلما كان هذا المجموع سلبياً (أي ناقص كذا) كلما كان ذلك دليلاً على التشاؤم وبالطبع فإن منتهى التشاؤم أو الكآبة المرضية ممكن أن يصل إلي ناقص ١٨ – والـ (أ) كما رأينا تمثل ردة فعل الشخص الأولى .

وننتقل الآن إلى الـ (ب) وهي عبارة عن ردة الفعل المتأخرة للشخص وكما فعلنا بالـ (أ) نفعل بالـ (ب). وهنا لابد لنا من المقارنة ذبين الـ (أ) والـ (ب) فإذا الـ (أ) أكبر فإن هذا يعني أن الشخص هو أكثر كآبة مما يبدو . والعكس صحيح .

٦– إختبار الانهيار المقنع :

ويمتاز هذا الاختبار بقصره وبسهولة تطبيقه وكذلك بسهولة تقبل المريض للخضوع له. وهذا الاختبار يلعب دوراً كبير الأهمية في تحديد الحالة النفسية للشخص خاصة إذا ما أعقبه الحوار الطبي – النفسي الذي شرحناه سابقاً .

ويتلخص هذا الاختبار بالأسئلة التالية :

١ – هل لديك انطباع مفاده بأنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت والفترة قريبة مصدر سعادة لك ؟

٢ – هل تشعر أنك بحاجة للحظ والمساعدة الالهية لكي تعود لك سعادتك السابقة ؟

٣ – هل تشعر بأن العوامل المحيطة بك تقيدك وتعيقك عن إتخاذ القرار ؟

٤ – هل تعتقد بأن مردود عملك أقل من الجهد الذي تبذله والآمال التي تعلقها عليه ؟

٥ – هل ينتابك شعور مفاده بأنك لا تصلح لشيء ؟

٦ – هل تعاني من القلق ؟

٧ – هل تعاني من الأرق ؟

٨ – هل تعاني أحياناً من صعوبات في التنفس ؟

٩ – هل تشعر أحياناً بخفقان القلب ؟

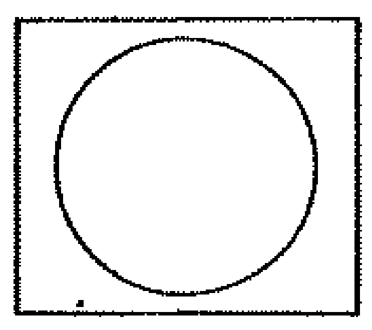
١٠– هل تعاني اضطرابات هضمية أو آلام ؟

١١– هل أنت غير راضٍ عن حياتك الجنسية ؟

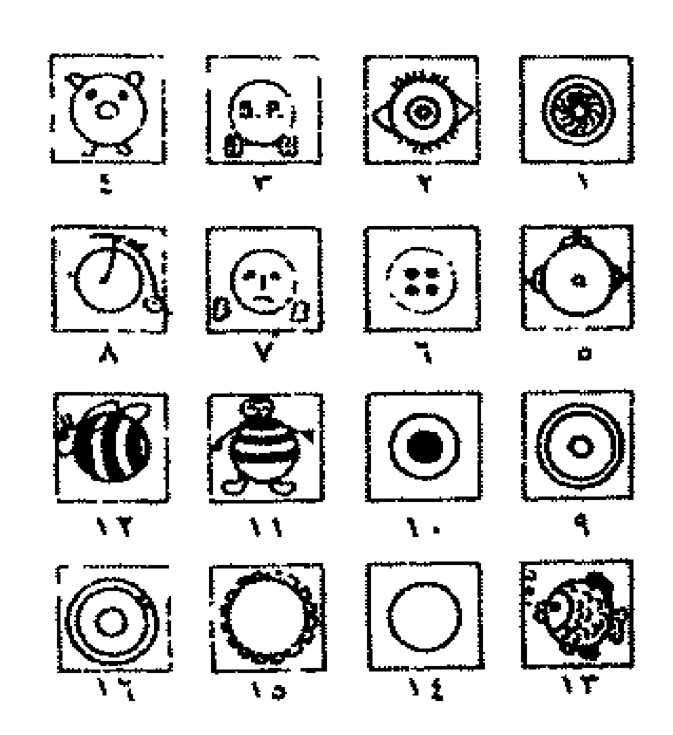
والجواب على هذا السؤال يكون بنعم أو لا وكل إجابة بنعم تؤكد وجود ميل انهياري لدى المفحوص . وفي حال إجابته بـ نعم على جميع أسئلة الاختبار فإن هذا يعني إصابة المفحوص بالانهيار الصريح مما يقتضي إجراء اختبار Woodworth أو أحد اختبارات الانهيار وذلك بقصد تحديد حدة الانهيار ولكن أيضاً لاحتمال ترافقه بعدد من الميول العصابية التي يحددها الاختبار الأخير .

إختبار القدرة التخيلية :

كنا قد أشرنا إلى معارضتنا لتجزيء الشخصية عن طريق دراسة أجزائها. ولكننا لن نعطي مثالاً على هذا الاختبار يتم عن طريق تقديم عدد من الأوراق (١٦ ورقة) رسم عليها الشكل التالي :



وانطلاقاً من هذه الدوائر نطلب من المفحوص أن يرسم لنا عدداً من الرسوم من وحي خياله. محاولين حثه على تكملة الرسوم الستة عشر المقدمة إليه. وها نحن نعرض إحدى نتائج هذا الاختبار (منقولة عن Brian M. Foss, Id) .



وهذه الصور هي إحدى الأمثلة التي يمكن للمفحوص * أن يحور الدائرة المقدمة له كي يستخرج منها صوراً ذات دلالة مفهومة .

١ - دولاب	٩ - قالب كاتوه
٢ - عين	١٠- بيضة مع صفارها.
٣ - شاحنة قفط	١١- لاعب ركبي
٤ - خنزير	١٢- نحلة
٥ - طائرة (من الأمام)	١٣- سمكة
٦ - زر	١٤- طابة (كرة طاولة)
٧- رجل	١٥- دولاب مسنن
٨- دراجة	١٦- فنجان قهوة في صحنه (من فوق) .

المراجـع

المراجع العربية

١ مارتي، بيار ومشاركوه: بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضيه. دار النهضة العربية (١٩٩٠).

٢ موسون، اليزابيث: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية (١٩٩٠).

٣ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية وعلاجها - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات مدن، ط٢ (١٩٨٦).

٤ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية، الرسالة - الايمان (١٩٨٧).

٥ النابلسي، محمد أحمد: اختبار رورشاخ، ملف العدد السادس عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).

٦ النابلسي، محمد أحمد: اسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع، دار النهضة العربية (١٩٨٩).

٧ النابلسي، محمد أحمد: الأسس الاحيائية للسلوك، ملف العدد الثالث عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).

٨ النابلسي، محمد أحمد: الانهيار العصبي، أسبابه ومظاهره وعلاجه، الرسالة - الايمان (١٩٨٦).

٩ النابلسي، محمد أحمد: ذكاء الجنين، دار النهضة العربية (١٩٨٨).

١٠ النابلسي، محمد أحمد: ذكاء الرضيع، دار النهضة العربية (١٩٨٨).

١١ النابلسي، محمد أحمد: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية (١٩٨٩).

١٢ النابلسي، محمد أحمد: معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال (١٩٩٤).

١٣ واينبرغ، جاك: عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية (١٩٩٠).

المراجع الأجنبية:

1. ABELY. A. M. P / L'anxiété/ Masson & Cie / 1947.
2. ACHTÉ K., AALBERG V., LÖNNQUIST J. / Psychopathology of depression / Psychiatria fenica supplimenum / 1980.
3. ALLEY J. M. / Epilepsie et psychose maniaco - dépressive. Cœxistence ou correlations ?/ Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9, p. 1057 - 1069.
4. ANGST G. / Die somatische Therapie der Schizophrenie / Georg Thieme Verlag Stuttgart 1969.
5. ARIETI S. / (sub redactie) American handbook of psychiatry Basic Books, Inc. / New York 1974, 1975.
6. ARIETI S. / Interpretation of schizophrenia / Basic Books Inc. / New York 1974.
7. ARIETI S., BEMPORAD J. / Severe and mild depression. The psychotherapeutic Approach / Basic Books Inc. Publishers / 1978.
8. ARIETIS/ American handbook of psychiarry - vol. III/ Basic Books, Inc. Publishers/ New York - London. 1966.
9. AYD F. I. / Les dépressions et leur diagnostic / P.U.F./ Paris 1965.
10. AYD F.J./ Les dépressions et leur diagnostic/ Presses Universitaires de France/ Paris 1965.
11. AYURO GUTIERREY J. / Analyse des facteurs déclencheurs sur un échantillon de patients hospitalisés pour dépression endogène / Ann. méd. psych. / 1981 nr. 7 p. 759 - 770.

12. BALIS G. / Clinicial Psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
13. BALIS G./ Basic psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
14. BALIS G./ Basic Psychopathology/ Butterworth Publishers Inc. / Boston - London 1978.
15. BALLUS C./ Interactions entre dépression et angoisse/ Confonation Multidisciplinaire Européene sur la dépression / Monte Cario 1980.
16. BARUK H. / Précis de Psychiatrie Masson / Paris 1950.
17. BARUK H./ Précis de Psychiatrie / Masson / Paris 1950.
18. BAUDOUIN CH. / Suggestion und Autosuggestion / Dresden 1924.
19. BECK A.T./ Dépression / Ed. Hœber / New York 1967.
20. BENOIT G. / Les délires chroniques. Conférences de psychiatrie / Editions Doin 1967.
21. Bernard P: manuel de l'infermier en psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1974.
22. BERTIN CH., NOIEL P. / Veillissement et dépression / Confronation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
23. BLEULER E. / Demantia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / Leipzig und Wien / Franz Deuticke / 1911.
24. BONHÖEFFER K. / Nervanärztlice Erfahrungen und Eindrücke / Springer - Verlagberlin 1941.
25. BOULLIN D.J./ Méthodologie biochimique pour l'étude des troubles de l'humeur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.

26. BOURGEOIS M. / Endorphines et schizophrénies I/ Revue breéve de la littérature art. 2 p. 1112 - 1119/ Ann. méd. psych / 1980 nr. p. 1106 - 1111.

27. BROWN S.S. (sub redactie) / Chemical diagnois of disease / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1979.

28. BRUNOL J./ Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale / Ann. méd, psych. / 1978 nr. 4 p. 547 - 593.

29. BRÂNZEI P. / Itinerar psihiatrie / Ed. Juminea / Lasi 1979.

30. BRÂNZEI P.. SIRBU A./ Psihiatrie/ Ed. Diadactică si pedagogică / Bucuresti 1981.

31. CASSANO G. B., MAGGINIC., LONG E. / Les dépressions chroniques / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.

32. CASTAIGNE M. / Les confins de l'hystérie La Rev. du Praticien / Tome XXXII nr. 13 1mars 1982.

33. Cattel. R.B: The description and measurement of personality. N.Y., 1946.

34. Cattel. R.B: The scientific Analysis of personality, 1966.

35. CHAUDERLOT B. / Le suicide / Sem. Hóp. /Paris 1971, 47, 33 - 38.

36. CHENALIER J.P / Epilepsie et psychoses chroniques / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9 p. 1036 - 1046.

37. CLÉRAMBAULT B./ Oeuvre psychiatrique / Presses Universitaires de France Paris 1942.

38. CONRAD K. / Die beginnende Schizphrenie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1971.

39 CORNET CL. / La narco - analyse, la Belle au bois dormant / Arta psych. Belg. 1980 ian - feb. p 91-100.

40 CSIKY K. / Aspecte bilogice ale diagnosticului, prognosticului si terapiei sindriamelor discordante / Rev. Neurol. Psih nr. 1 / 1979 p. 57 - 63.

41 DELAY J. / Introduction à la médecine psychosomatique / Masson et Cie Paris 1961.

42. DELAY J. / Les dérégIements de l'humeur/ Presses Universitaires de France / 1946.

43. DENIKER P. / Nosologie moderne des troubles de l'humeur. Colloque international de Psychiatre / Monte Carlo 1979.

44. DIATKEIN G. / Les services d'urgence psychiatriques / Inirom. psych. / 1972, 48, 8, 765 - 766.

45. DUGAS L. MOUTIER F.: La dépersonnalisation / Librairie Félix Alcan /. Paris 1911.

46. EFTHYMIOU T. / Un praticien face à la dépression. Confr. Multidiscipl. Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

47. EISENBERG L. / La dépression nerveuse Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.

48. EY H. / Etudes psychiatriques/ Desclée de Brouwer & Cie / Paris 1948.

49. EY H. / La notion de schizophrénie / Ed Desclée de Brouwer / 1977.

50. EY H. / Traité des hallucinations / Masson et Cie / 1973.

51. EY H., BERNARD P., BRISSET CH. / Manuel de psychiatrie / Masson et Cie / Paris 1978.

52. EY H., BERNARD P., BRISSET CH./ Manuel de psychiatrie / Ed. Masson 1978.

53. Eysenck. H.J: Les dimensions de la personalité. P.U.F, Paris, 1950.

54. FALRET J./ Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses / Paris 1980.

55. FENICHEL O. / La théorie psyhanalitique des nérvoses / Presses Univ. de France / Paris 1953.

56. Filoux. J.C: La personalité. P.U.F., Paris 1980.

57. FOLLIN S. / Analyse de la conduite éthéromaniaque d'un schizophrenique / Ann. méd psych. / 1980, nr. 4 p. 405 - 420.

58. Fourcade. J.M., lenbardt. V: Analyse transactionelle et bioenergie. Ed. universitaire, 1981.

59. FREUD A./ Le Moi et les Mécanismes de défense / Paris 1969.

60. Freud. S: Veber Libidinôse Typen, Internationale Sts chr. für Psychonalyse, 1931.

61. GERGERIAN E. / Expressions faciles dans la manie et la schizophrénie / Ann. méd. psych. 137[0] nr. 1-2 / Paris 1979.

62. GHILJAROVSKI V. A. / Psihiatria / Ed. Medicală / Bucuresti 1978.

63. GILLIBERT J. / L'œdipe maniaque / Ed. Payot / Paris 1978.

64. Gorgos. C: Vademecum in psihiatrie. Ed. Medicala, Bucharest, 1985.

65. GRAY M. / Neuroses - A comprehensive and Gritical View / Van Nastrand Reinhold Company/ 1978.

66. GRECU GH., CSIKY K./ Unele aspecte ale sindromului despresv - paranoid întîlnit în schizofrenie/ Rev. Neurol. Psih. nr. 4/ 1977 p. 267 - 275.

67 GRECU GH./ Observatii clinico - statistice în depresiile endogene / Rev. Neurol. Psih nr, 2/ 1979, p. 125 - 135.

68. GRIVOIS H. / La psychiatrie des urgences/ Ed. Rober Lafont / Paris 1978.

69. GUIRAUD P./ Psychiatrie du praticien / Paris 1943.

70. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie clinique / Librairie le françois / Paris 1956.

71. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie Clinique/ Librairie le François / Paris 1956.

72. HARTENBERG P. / Les psyhonévroses anxieuses et leur traitement / Paris 1922.

73. HAUMONTE M.F. / Les psychotiques et leurs corps / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 4 p 529 - 546.

74. HINSIE L., CAMPBELL R. I. / Psyhiatric Dictionary, fourth edition / Oxford University Press 1970.

75. HOCH P. / Differential diagnosis in clinical psychiatry/ Science House /1972.

76. HYNE M. / La schizophrénie/ Ann. med. psych. / 1979 nr. 3-4 p. 256 - 260.

77. IONESCU G. / Psihosomatica / Ed. Stiintifică si Enciclopedică / Bucuresti 1975.

78. JANET P. / Les nérvoses / Ed. Flammarion / Paris 1909.

79. JASPERS K. / Allgemeine psychopathologie / 8 Aufl. Springer / Berlin 1965.

80. JASPERS K. / Psychopathologie générale / Félix Alcan / Paris 1933.

81. JASPERS K./ Philosophie und Welt / Piper/ München 1963.

82. JULIEN R. / Sommeil de nuit des pshychoses aigues et chroniques / L'Encéphale / 1980 nr. 5, p. 371 - 380.

83. KAPLAN H., SADOCK B. / Modern synopsis of psychiatry, ed. III Williams & Wilkins/ Baltimore 1981.

84. KIEKHOLZ P. / Diagnose und Therapie der Depressione / Lehman / München 1965.

85. KIELHOLZ P. / Die Depression in der täglichen praxis / Verlag Hans Huber/ 1974.

86. KIELHOLZ P. / Etats depressifs. Dépistage, évaluation, traitement / Hans Huber / Berne, Stuttgart - Vienne 1972.

87. KIELHOLZ P. / Le concept de la dépression masquée / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.

88. KOLB / Modern Clinical Psychiatry / W. B. Saunders Company / Philadelphia 1981.

89. KOLB / Modern clinical psychiatry / W.B. Saunders Comp. / Philadelphia 1981.

90. KREINDLER A. / Nevrosa astenică / Ed. Academiei / Bucuresti 1961.

91. KRETSCHMER E. / Der sensitive beziehungswahn ed. III / Springer Verlag/ Berlin 1950.

92. KRETSCHMER E. / Medizinische psychologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1956.

93. LAING R.D / The divided self / Pelican 1964.

94. LAING R.D., ESTERSON A. / L'Equilibre mental, la folie et la famille / Paris 1979.

95. LANDMARK J. / A Manual for the Assessment of Schizophrenia / Acta psychiatrica Scandinavica / Supplementum 298 vol. 65 / 1982.

96. LAUNAY C., COL C. / Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent / Rev. prat. / Paris 1964, 14, 6, 619.

97. LE ROUX A., / Formes actuelles de la persistence de la psychose hallucinatoire chronique / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 10 p. 1199 - 1212.

98. LEMPERIÈRE et. colab./ Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson / 1977.

99. LEMPÉRIÈRE si colab / Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson 1977.

100. LEONARD K. / Aufteilung des endogenen psychosen / Akademie - Verlag/ Berlin 1957.

101. MACK E.J./ Border - line States in Psychiatry / Seminars un psychiatry /, Grune & Stratton/ 1975.

102. MAILLARD M. / Le malade psychotique et les médicaments/ Ann. méd. psych. 1979. nr 6- 7 p. 664 - 671.

103. MARCHAIS P. / De la mélancolie à la dépression / Ann. méd. psych. 137⁰ nr. 5 Paris 1979.

104. MARCHAIS P. / Des formes atypiques de la PMD. Conséquences méthodologiques et nosolgiques / Ann. méd. psych. 1979 nr. 6 -7 p. 655- 62.

105. MARCHAIS P. / Des formes particulières de la manie. Conséquences méthodologiques / Ann. méd. psych. 1978 nr. 10 p. 1192 - 1201.

106. MARCHAIS P. / Des processus obsessionnels et de l'anticipation / Ann. méd. psych. 1980, nr 9, p. 1133 - 1140.

107. MARCHAIS P. / Destruction non schizophrénique. Conséquences nosologiques / Ann. méd. psych. 1980 nr. 3 p. 310 - 316.

108. MARCHAIS P. / Du délire / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 6 -8 p. 892 - 900.

109. MARCHAIS P. / Glossaire de psychiatrie / Masson et Cie / 1970.

110. MARCHAIS P. / Les processus nevrotiques / L'expansion scientifique / Paris 1968.

111. MARCHAIS P. / Possibilité d'un renouvellement des études cliniques sur l'angoisse / Ann. méd. psych. / 1980, nr 5, p. 580 - 586.

112. MASTERS W. H., JOHNSON V.E. / Les réactions sexuelles / Ed. R. Laffont / Paris 1968.

113. MAYER - GROSS W. / Clinical Psychiatry / London 1960.

114. MAYER - GROSS W. / Clinical psychiatry Cassel and Company Ltd. / London 1960.

115. MENDLEWICZ J. / Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco - dépressive / Arta psych. Belg. / 1976 martie p. 301 - 384.

116. MENDLWEICZ J. / L'Etiologie génétique des psychoses dysthymiques / Masson 1978.

117. MICHAUX L./ Psychiatrie / Ed. Med. Flammarion.

118. Michaux. L: Psychiatrie. Ed. Medicales - Flammarion, paris, 1967.

119. MINKOWSKI E. / La schizophrénie/ Payot / Paris 1927.

120. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / Paris 1966.

121. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / PU.F./ Paris 1966.

122. Minkowski. E: Traité de Psychopathologie. P.U.F., Paris, 1966.

123. MÜLLER C./ Durée et repartition par classe d'âges des épisodes dépressfis sans traitement / L'Encéphale / 1981 nr. 3 p. 244 - 250.

124. MUNRO A. / Psychosomatic Medicine / Churchill Livingstone / Edinburg and London 1973.

125. OPPENHEIM H. / Die Neurosen/ Berlin / 1916.

126. PAMFIL E., OGODESCU D. / Nervozele / Ed. "Facla" / Timisoaca 1974.

127. PAMFIL E., OGODESCU D. / Psihozele / Ed. Facla / Timisoara 1976.

128. PASSCUANT P. / Dépression et sommeil / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.

129. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien / Masson / Paris 1978.

130. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien ed. IV - a / Ed. Masson Paris 1978.

131. PICHOT P / Les voies nouvelles de la dépression / Masson / Paris 1978.

132. PICHOT P. / Le malade imaginaire / Ed. Mad. Fr. / 1965, 160, 11, 47.

133. PICHOT P. / Obsessions et phobies / Rev. Prat. / Paris 1967, 7, 759.

134. PICHOT P./ Actualisation du concept de dépression. Confrontation Mutidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

135. PICHOT P/ Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français / Ann. méd. psych. 137⁰ / nr 1-2 / Paris 1979.

136. PONTALIS J. B. / Après Freud / Gallimard 1968.

137. POROT J. / Aspects évolutifs actuels des schizophrénies / Ann. méd. psych./ 1979, nr. 3-4 p. 260 - 265.

138. PULL C.B./ Dépression et schizophrénie, Confrentation Multidisciplinaire sur la dépression / Monte Carlo 1980.

139. RAFAELSEN O.J/ Perturbations biologiques humaines dans les troubles de l'humeur. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

140. RICOEUR P. / Le conflit des interprétations / Ed. Du Seuil / Paris 1969.

141. Robins, E. Stern. M: Assessment of Psy chiatric Emergencies New York, 1979.

142. ROMILA A. / Mania. drama tragi comică / Rev. Neurol. psih. nr. 2 / 1977, p. 139 - 143.

143. RORSCHACH H. / Psychodiagnostic / Presses Universitaires de France / Paris 1967.

144. ROTH M. / Les limites de la manie dépressive. Confrontation multidisciplinaire Europpéenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

145. ROUBERTOUX P. / L'analyse génétique des dépressions. Confrentation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

146. RÎNDASU G.E. / Iatrogenozele / Ed. Medicală / Bucuresti 1981.

147. SARTORIUS N. / La dépression: épidémiologie et priorités pour les recherches futures. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.

148. SAULNIER J. / La tentative de suicide. Sa prevention et sa postcrise / Rev. Prat. / Paris 1965, 15, 30, 3959 - 3967.

149. SCHERRER P. / Approche clinique de la psychiatrie / Simep. éditions / 1977.

150. SCHIMMELPENNING G. W. / Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfe/ Ed. S. karger / Basel 1965.

151. SCHNEIDER K. / Klinische Psychopathologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1967.

152. SCHNEIDER P.B. / L'angoisse devant l'état de maladie / În: vol. Réactions psychologiques à la maladie / Ed. Expansion scientifique française / Paris 1963.

153. SCHOU M., STROMGREN E. / Origin, prevention and treatment of affective disoders / Academic Press / 1979.

154. SCHULTZ J. H. / Neurose, Lebensnot, Arztliche Pflicht / Georg Theime Vrelag / Leipzig 1936.

155. SEALES H. / L'effort pour rendre l'autre fou / Gallimard 1977.

156. SELARUM., BALTARUM. / Cu privire la notiunille clinice de reactie, dezvoltare si proces / În vol. "Viitorul psihiatriei" P. Brânzei / Iasi 1980.

157. SHEPHERD M. / Approche epidémiologique de la dépression / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo, mars 1979.

158. SIM M. / Guide to psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.

159. SIM M. / Guide to Psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.

160. SINGER L. / Le devenir des bouffées délirantes / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 9, p. 1097 - 1006.

161. SIRBU A., HOTICA TR., SECAREANU AL., / Unele aspecte terapeutice ale nervozei obsessivo - fobice / Rev. Neurologie, Psihiatrie. nr. 1/1975, p. 17 - 23.

162. SIZARET P. Condensation ecmnésique particulière au cours d'un accès maniaque / Ann. méd. psych. 1981 nr. 3 p. 322 - 325.

163. SMITH L. H., THIER S.O. / Pathophysiology / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1981.

164. SOLOMON PH., PATCH U. / Handbook of Psychiatry / Lange Medical Publications / Los Atlos 1971.

165. SZASZ TH. / The myth of psychotherapy / Oxford University Press / 1979.

166. Szondi, L: Caïn les figures du mal. Ed. Szondiana - Zurich.

167. SZTULMAN H. (sub redactie) Oedipe et psychanalyse d'aujourd'hui / Ed. Privat / Toulouse 1978.

168. TATOSSIAN A. / Phénomenolgie de la dépression. Confrentation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression, Monte Carlo 1980.

169. TRABAUD J., TRABAUD J. - R. / L'hystérie / Ed. Vigot / Paris 1943.

170. TUDOSE F. / Aspecte ale aplicarii subnarcozei în nervoze / Lucrare de diplomă / Bucuresti 1977.

171. TURNS D.F/ Epidémiologie des Schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 6 p 637 - 647.

172. VALLENBUNE A./ Aspectes modernes des troubles de l'hu meur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 10979.

173. VERBOENEN A. / Les endorphines dans les maladies mentales en particulier dans la schizophrénie / L'Encephale / nr. 2 1980 p. 103 - 113.

174. VERNON D., PATCH M./ Handbook of psychiatry / Oxford and Edinburgh 1969,

175. VINACKE W.E / Readings in General Psychology / American Bool Company 1980.

176. WEISSMAN'M., MEYERS J. / Arch. Gen. Psychiat. / 1978, 35, 1304 - citat de Eisenberg L. in "la dépression nerveuse" / Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.

177. WEITBRECHT H. J. / Psychiatrie in Grundriss / Springer Verlag./ Berlin Heidelberg / New York 1968.

178. WHITEHEAD J.M. / Psychiatric Disorders in Old Age - a Handbook for the Clinical Team / Harvey Miller & Medcali 1974.

179. WIDLÖCHER D. / Fatigue et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la depression / Monte Carlo 1980.

180. WIDLÖCHER D. / Le mécanisme de la conversion / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.

181. WIDLÖCHER D. / Le traitement de l'hystérie / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.

182. WYRSCH J. / La personne du schizophrène / Paris 1956.

183. * * * / Confrontations Multidisciplinaires Européenne sur la dépression / L'Encéphale / Doin / Paris 1981 / nr. 4 suppl.

184. * * * / Confrontations psychiatriques / nr. 12, 1974 - La notion de réaction en psychopathologie.

185. * * * / DSM III / 1980.

186. * * * / DSM III 1980.

187. * * * / EMC - Psychiatrie vol II 37200 - 37241; 37281 - 37299.

188. * * * / EMC - Psychiatrie, vol. III, 37300 - 33390.

189. * * * / Evolution de la schizophrénie / Confrontation psychiatriques nr. 2 / dec. 1968.

190. * * * / Harvard guide to Modern psychiatry / Press of Harvard University Press / Cambridge 1978.

191. * * * / Hystérie / Confrontations psychiatriques nr. 1 / sep. 1968.

192. * * * / L'Approche moderne des désordres de l'humeur, comptes rendues de Colloque international de Psychiatrie / L'Encéphale / 1979 / nr. 5 suppl.

193. * * * / New perspectives in Depressive Illness / Selected abstracts of the symposium on 13-th, 14-th june 1979 / Jersey 1983.

194. * * * / psychiatrie der Gegenwart / Klinische Psychiatrie / Springer Verlag 1972.

195. * * * / Scientific symposium on obsessive compulsive neuroses and phobic disorders / The Journal of International Medical Research / Vol. 5 Suppl. (5) 1977.

فهرس

المؤلف في سطور

مواليد طرابلس – لبنان عام ١٩٥٤.

دكتوراه الطب العام – جامعة كرايوفا ١٩٨٤.

ماجيستر الطب النفسي – جامعة بودابست ١٩٨٨.

دكتوراه الفلسفة في الطب النفسي – جامعة بودابست ١٩٩٢.

مؤسس ورئيس مركز الدراسات النفسية – لبنان.

نائب رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية.

عضو الهيئة التأسيسية للاتحاد العربي لعلم النفس.

رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية.

نائب رئيس المكتب الاقليمي للاتحاد العالمي للصحة النفسية.

عضو عدد من الجمعيات والهيئات العربية والعالمية.

رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية.

أستاذ غير متفرغ في الجامعة اللبنانية.

أستاذ منتدب في جامعة بودابست.

أستاذ محاضر في معهد الطب الجنسي – باريس.

رئيس مؤتمر "نحو علم نفس عربي" – طرابلس (١٩٩٢).

رئيس مؤتمر "مدخل الى علم نفس عربي" – طرابلس (١٩٩٤).

شارك في عدة مؤتمرات عربية وأجنبية.

له عدة مؤلفات وترجمات وتقديمات في الاختصاص.

أشرف على عدة أطروحات جامعية.

واضع اختبار مدن.

ترجم عدة اختبارات ومقاييس نفسية.

أستاذ زائر في عدد من الجامعات العربية.

عضو الهيئة الاستشارية لمجلة الارشاد النفسي.

رقم الإيداع ٨٩٣١ / ٩٦
I. S. B. N
977 - 5609 - 58 - 5

